

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální pracovník

Kód oboru: 7502R022

Název bakalářské práce:

JEDINEC V OBDOBÍ ČASNÉHO STÁŘÍ NA POČÁTKU 21. STOLETÍ.

HUMAN IN A PERIOD OF EARLY SENILITY IN THE BEGINNING OF 21ST CENTURY

Autor:

Marcela Jirásková

Šaldova 3/386

186 00 Praha 8 - Karlín

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Mgr. Květuše Sluková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
83	25	0	20	44	11 + 1 CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30.4.2008

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30.4.2008

Podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Květuši Slukové za trpělivé a odborné vedení, cenné rady a připomínky v průběhu tvorby bakalářské práce, svým dětem a celé rodině za trpělivost a morální podporu při celém studiu i při vytváření tohoto dílka.

Název bakalářské práce: Jedinec v období časného stáří na počátku 21. století

Název bakalářské práce: Human in a period of early senility in the beginning of 21st century

Jméno autora: Marcela Jirásková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2007/2008

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Květuše Sluková

Resumé:

Bakalářská práce vznikala v měsících září 2007 až duben 2008. Problematika kvality života a sociální úroveň generace, nacházející se v období přicházejícího důchodového věku a adaptace na sociální změny s tímto fenoménem související, mě zajímá již delší dobu. Cílem této bakalářské práce bylo vymezení časového úseku počátku období stáří, velmi stručné shrnutí problematických oblastí stárnoucí generace a přijetí faktu o demografických změnách populace v důchodovém věku. Současně jsem se věnovala sociálnímu konfliktu mezi názory vztahujícími se k věku odchodu do důchodu a problematice, která s přechodem z fáze produktivního života do časového období, ohraničeného v sociální oblasti penzionováním, souvisí. Pozornost jsem zaměřila na rozdíly mezi kalendářním a funkčním věkem, prohlubujícími se v posledních desetiletích stále zřetelněji. Práce se zabývala problematikou, kterou přináší současný životní styl a poukázala na možná rizika, která vytváří soudobý technický rozvoj. Zabývala se hodnotovými orientacemi všedních dnů, pocíťovanými pozdně dospělými a stárnoucími lidmi, konzumním způsobem života, sociální samotou. Při tvorbě bakalářské práce jsem využila analýz několika odborných zdrojů a především vlastních zkušeností a dlouhodobého sledování konkrétní skupiny osob.

Klíčová slova:

stáří, stárnutí, člověk, důchodce, deprese, gerontologie, ageismus, sociální, etiketizační teorie, životní styl, komunitní plánování,

Summary:

This bachelor's work was created between septembre 2007 and april 2008. The quality of life and generation social level of individuals approaching seniorship and their adaptation to the social shifts related to this are among the topics that belong to my concern for a period of time.

The goal of this work is an attempt to distinguish beginning of elderness, a brief summary of problematic issues of a generation in a period of becoming old and adopting the fact of demographic changes of senior population. At the same time the social conflict between opinions tied with the retirement milestone in the life of human being and the transition from productive life to the pension time as called in the social sphere was in my concern. I detailly paid my attention to differences between calendar and function ages which is deepening more apparently in the last decades. I dealt in my study with the issue risen up by recent lifestyle and emerged possible risks caused by current socio-economical development. The study attempts to explore the values orientation of everyday, sensitively reflected by lately adults and elderly people, consuming lifestyle, social exclusion and loneliness.

During working on this study I extracted from analysis of several expert sources and in particular my own experiences coming out of long time field research of particular group of people.

Keywords:

Old age, aging, human being, pensioner, depression, gerontology, ageism, social, labeling theory, lifestyle, community planning

Cizí slova:

ageismus	diskriminace vzhledem k věku, obvykle zaměřená na vyšší věk
agravace	úmyslné zveličování pocitů a obtíží
biologický = fyziologický věk = anatomický věk	odvozovaný z poměrně hrubých tělesných znaků
deprese	chorobná změna povahy, projevující se smutkem, beznadějí
edukace	výchova, vzdělávání
etiketizační teorie = labeling = etiketování	označkování, značení, proces formace rolí prostřednictvím sociálního očekávání a tlaku, nenabízí způsoby jak měnit postoje a charakteristiky
handicap	nevýhoda, znevýhodnění
hostilita	soubor nepřátelských a negativních pocitů a myšlenek, zaměřených proti druhým lidem, agresivně laděný vztah k druhým lidem
gerontologie	výzkum stárnutí a stáří, který se zabývá biologickými, psychologickými a sociologickými aspekty stárnutí
chronologický = biologický = karpální věk	časové období, po které je jedinec naživu
klimakterium	přechod, období vyhasínání pohlavního cyklu u ženy
nukleární rodina	rodina původní, vychovávající, tvoří jí otec, matka a jejich děti
osteoporóza	choroba, která se projevuje řídnutím kostní tkáně
Parkinsonova choroba	degenerativní onemocnění bazálních ganglií CNS, vyskytující se kolem 50. roku života, charakterizované poruchami hybnosti a pomalým, klidovým třesem, mizícím při pohybu, probíhá pozvolna, je progresivní, intelekt jedince zůstává nedotčen
prokreační rodina	plodivá rodina rozmnožující potomstvo, založená dospělým člověkem
psychomotorika	souhrnné označení pohybových projevů člověka, které jsou projevem jeho psychických funkcí i jeho psychického stavu; jeden z ukazatelů aktuálního psychického stavu
senescence	rané období stáří, obvykle věk mezi 60 do 74 let

senzomotorika	soubor procesů spojujících oblast čítí a vnímání s oblastí motoriky v rámci psychické regulace činnosti člověka
symptom	příznak nemoci pociťovaný a udávaný subjektivně nebo objektivně zjistitelný
syndrom	seskupení příznaků choroby, typické pro některou nemoc nebo některé její období

OBSAH

1 ÚVOD	8
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLEMATIKY.....	10
2.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A ČASNÉ STÁŘÍ.....	10
2.1.1 <i>Fenomén stáří.....</i>	13
2.1.2 <i>Pohled na stáří v dějinách lidstva</i>	13
2.1.3 <i>Věk kalendářní a biologický.....</i>	14
2.1.4 <i>Průměrný věk a střední délka dožití.....</i>	17
2.2 DEMOGRAFICKÝ POHLED NA OBDOBÍ STÁRNUTÍ.....	18
<i>Porodnost</i>	19
2.2.2 <i>Vdovství</i>	20
2.2.3 <i>Rodina</i>	21
2.3 STÁRNUTÍ.....	22
2.3.1 <i>Kvalita života.....</i>	25
2.4 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY PROVÁZEJÍCÍ STÁŘÍ	27
2.4.1 <i>Psychické změny.....</i>	27
2.4.2 <i>Fyzické změny.....</i>	28
2.4.3 <i>Sexualita.....</i>	32
2.4.4 <i>Deprese u seniorů.....</i>	33
2.5 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE	34
3 PRAKTICKÁ ČÁST	37
3.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZNAKY STÁRNUTÍ.....	37
3.1.1 <i>Věková identita.....</i>	38
3.1.2 <i>Penzionování</i>	41
3.2 SOCIÁLNĚ KULTURNÍ VLIVY	43
3.2.1 <i>Ageismus.....</i>	45
3.2.2 <i>Labelling.....</i>	46
3.2.3 <i>Autonomie ve stáří.....</i>	47
3.3 SPOLEČENSKO KULTURNÍ ASPEKTY	48
3.3.1 <i>Rodina</i>	49
3.3.2 <i>Kult mládeže.....</i>	50
3.3.3 <i>Vzdělávání</i>	50
3.4 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU	53
3.4.1 <i>Cíle a předpoklady průzkumu</i>	53
3.4.2 <i>Metody sběru dat.....</i>	53
3.4.3 <i>Popis a charakteristika výzkumného vzorku</i>	54
3.4.4 <i>Popis zjištěných dat.....</i>	54
3.5 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE.....	55
3.5.1 <i>Diskuse</i>	71
4 ZÁVĚR.....	74
4.1 NÁVRH OPATŘENÍ.....	77
5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	79
6 SEZNAM PŘÍLOH.....	82
7 SEZNAM OBRÁZKŮ.....	83

1 ÚVOD

Tato bakalářská práce se zaměří na označení charakteristických fenoménů životního období, které odborná veřejnost nazývá časným stářím. Jedná se o období mezi šedesáti a sedmdesáti čtyřmi až pěti lety. Období časného stáří je významnou evoluční etapou v životě každého jedince, který se tohoto věku dožil.

Časné, nebo-li rané stáří je časové období, ve kterém jedinec přechází z produktivního věku do fáze penzionování a právě v tomto časovém úseku je odbornou veřejností i společností očekáván vrchol jak psychických, tak fyzických schopností člověka.

Přesto, že se jedná, z vývojového hlediska, o velmi zajímavé období lidského života, jeho teoretické zpracování je oblastí, která je jen málo prostudovaná a mnoho lidí ani odborníků jí zatím nepřikládá velkou důležitost.

Větší pozornost je komplexně věnována celému období stáří, jehož studium se v padesátých letech dvacátého století ukotvilo ve speciální společenské vědě, nazvané gerontologie.

Gerontologie je jednou z nejmladších medicínských disciplín. Tento obor je věnován problematice chorob stáří a jeho psychickým i fyzickým změnám z multidimenzionálního hlediska.

V období po šedesáti letech kalendářního věku jedince dochází k přirozenému snižování tvůrčích schopností a tělesné výkonnosti. Intelkt i fyzické možnosti člověka postupně klesají a prochází velmi významnou etapou, kdy je stárnoucí člověk nucen nalézt duševní rovnováhu a smířit se s, byť očekávanou, ale nežádoucí a postupně vzrůstající, závislostí na svém blízkém okolí. Tímto útočištěm se nejčastěji stává rodina.

V posledních desetiletích dvacátého století se výrazně rozšířila lhostejnost ústící až v odpor ke zvyšujícímu se věku a jeho průvodním znakům. Společnost přestala považovat stárnoucí osobu za potřebnou. V pracovních kolektivech klade překážky vzniku věkově heterogenních skupin a preferuje bezohlednou rozpínavost mladých lidí. Nejen pomocí agresivních reklam, ale i nenápadnou cestou jsou měněny sociální normy, vybízející k agravaci mládí a krásy.

Koncepce celé práce tedy bude pohledem na přirozené fyziologické stárnutí. Bude zaměřena na problematiku osob, které trpí běžnými potížemi přicházejícího stáří, ale ještě jsou přiměřeně čilí, výkonní a fyzicky zdatní pečovat nejen o sebe, ale i o svou domácnost. Ukáže obvyklý obraz jedince v období časného stáří na počátku nového tisíciletí. Zhodnotí souvislosti změn ekonomické situace, kterou způsobí odchod do důchodu, s vlivy úrovně vzdělání, rodinného, zdravotního a sociálního postavení na kvalitu života a očekávaným každodenním prožíváním.

Toto jsou veličiny, které se významným rozsahem podílí na kvalitě života osob, které přecházejí z role ekonomicky zabezpečeného člověka do životní role penzisty odkázaného na výši pobíraného důchodu.

Praktická část bude věnována shrnutí výzkumných analýz a definic z oblasti daného tématu. Připravený dotazníkový průzkum poskytne, prostřednictvím odpovědí na několik jednoduchých otázek, zodpovězených v různých oblastech naší republiky, autentické zkušenosti a názory lidí, kteří se nachází v období časného stáří a potýkají se s problematikou přechodu z profesního života do role důchodce. Z dotazníku, který byl vytvořen právě pro tuto práci, budou zhodnoceny a zaznamenány poznatky vzorku obyvatel velkoměsta, malého města a venkova.

Při distribuci dotazníků bylo využito ochoty příbuzných, známých a jejich přátel a příbuzných, kteří byli instruováni tak, aby dotazník účelově nebyl předáván do míst, kde se reálně předpokládá vyšší výskyt starších a nemocných občanů. Taková místa jsou například čekárny praktických lékařů, kluby důchodců, apod. Byla preferována spolupráce např. v obchodech, na poštách, na státních úřadech, v čekárnách na vlaky a autobusy apod. Návratnost dotazníků byla poměrně vysoká, ze 130 předaných kusů bylo vráceno 108.

Závěrečná část bude souhrnem vlastních pozorování a výsledkem názorů a analýz odborné veřejnosti věnující se problematice životního období nazývaného časně stáří, třetí věk, senescence nebo pouze stáří.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLEMATIKY

2.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ A ČASNÉ STÁŘÍ

Stáří se stalo předmětem odborného zájmu až v průběhu 20. století. Duševní život stárnoucích lidí je velmi tvárný. Většina vědeckých prací, které se věnují problematice počátků stáří, se převážně soustředí na cíl, kterým sledují konkrétní psychické a fyzické funkce. Období lidského života ve věku čtyřicet pět až šedesát let je příznačné svou výkonovou vyrovnaností a doposud skrytými počátky nastupující involuce, která se výrazněji, plynuleji a rychlejším tempem rozvíjí po celou další dobu stárnutí až do smrti.

Pro definici období časného stáří však jednoznačná norma dána není. Většina gerontologů se přiklání k názoru označit v odborné terminologii věkové období lidí mezi šedesáti a šedesáti pěti lety jako mezní věk.

Pro období časného stáří jsou dány pouze obecné znaky. Jsou jimi charakteristické vlastnosti, za které je považován fyzický stav, věk, duševní svěžest a míra snižující se autonomie. Za starého člověka je tedy společensky považována osoba, která jeví fyzické, duševní a psychické známky pokročilého věku. Pokud tyto znaky chybí, je společnost k jedinci tolerantní, a to především proto, že takový jedinec nedosahuje typických znaků stáří a proto mu společností není určena nálepka seniora.

Fáze lidského života soustřeďující se do věku mezi šedesáti až sedmdesáti pěti lety se odbornou terminologií označuje jako období senescence.

Fyziologické stárnutí je normální součástí života, ovšem u některých jedinců jsou projevy stárnutí pomalejší a u jiných, naopak, rychlejší.

Příchodem fáze senescence nadchází etapa, kterou provází zřetelné fyzické, psychické i sociální změny (viz dále), jejichž počátek v lidském životě nelze s přesností určit.

Fyzické změny osobnosti jsou prvními viditelnými změnami, projevujícími se s přicházejícím věkem. Tyto průvodní znaky přicházejícího stáří se většina jedinců pokouší zastavit, zbavit, zpomalit nebo je alespoň zamaskovat.

Mezi psychikou člověka a fyzickými změnami při zvyšujícím se věku, existuje vztah vzájemného ovlivňování. **Tyto změny jsou označovány jednak jako interakce, neboli vzájemné působení nebo také autonomie, nebo-li samostatnost psychických funkcí.**

Za sociální znak počátku stáří je obecně považováno ukončení pracovního poměru a odchod do starobního důchodu.

Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je nutné ho posuzovat jako součást celkové proměny jedince. Je velmi nesnadné určit hranici, kdy se člověk stane starým. V průběhu let se mění fyzické i psychické znaky osobnosti, obvykle charakterizující přechod lidského období z pozdní dospělosti do stáří.

V odborné literatuře je nabídnuto několik možností, jak definovat průběh stáří a stárnutí. Světová zdravotnická organizace (WHO), považuje a hodnotí období mezi šedesáti a sedmdesáti čtyřmi lety věku jako rané stáří neboli vyšší věk, obecně hovoří o starším nebo lépe o stárnoucím člověku.

Podle Světové zdravotnické organizace je stařecký věk, neboli senescence obdobím života, kdy úbytek fyzických a psychických funkcí se při srovnání s předešlými životními obdobími začíná stávat zřetelným.¹

Stáří podle Haškovcové (1990)²: „Životní etapa, kterou nazýváme stáří se stala pojmem vnímaným převážně nepříjemně a s obavami. Zpravidla je přijímáno konfliktně. Každý život, nejen lidský, je vymezen narozením a úmrtím. Stárnutí a stáří je nezvratným evolučním i involučním procesem“.

Sociální stanovisko pojetí stáří a stárnutí v naší společnosti na počátku 21. stol. vnáší do společenské atmosféry dílem jednak pozitivní pohled na jedince pokročilého věku nebo, naopak, akcentuje společenské nepřijetí a odmítání zvyšujícího se věku. Stárnutí a stáří diskriminuje a vylučuje.

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2

² Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová (nar. 1945) je biologka, filozofka a první česká univerzitní profesorka lékařské etiky. Věnovala se postupně imunologii, biologickým vědám, geriatrii, hematologii a onkologii. V devadesátých letech iniciovala s kolegy vznik lékařské etiky jako samostatného oboru. Je autorkou české verze etického kodexu Práva pacientů, který vyhlásila v roce 1992 Centrální etická komise při vědecké radě MZ ČR. V současnosti působí na Fakultě humanitních studií UK. Helena Haškovcová je autorkou řady knih (např. Rub života, Líc smrti, 75; Spoutaný život, 85; Fenomén stáří, 90; Lékařská etika, 94; Práva pacientů, 97), odborných publikací, článků a přednášek, je držitelkou cen ČLF, České gerontologické společnosti a Šilhanovy ceny za mimořádně zdařilé texty v oboru lékařské etiky

Životní období, které naše společnost pojmenovala jako stáří, je vyvrcholením celé lidské ontogeneze, kterou přirozenou cestou nelze ze života oddělit. Definice stáří však neumí objasnit význam jeho prožívání. Je možné říci, že cítit se starý nemusí jednoznačně ozřejmit charakteristiku stáří jako takového. Důležité hodnoty jsou čerpány a zužitkovávány především ze životních zkušeností.

Jedinci, kteří jsou soběstační a netrpí chronickými nemocemi jsou pro výzkumnou činnost méně dosažitelní. Jednodušší empirickou činnost s ohledem k vývojovým charakteristikám přicházejícího období stáří a jeho výzkumu, je možné provádět mezi chronicky nemocnými osobami. Ty jsou více v povědomí odborné veřejnosti a potřebují určitý typ sociální práce.

Vágnerová (2000)³ píše, že důležitou myšlenkou v etapě stárnutí je reálné přijetí úvahy o neodmyslitelně přibližující se smrti, a že strach ze smrti zvyšuje představa nějaké nesplněné povinnosti.

Staří lidé už nemají takovou potřebu smrt popírat anebo, pokud už to vzhledem k realitě není možné, o ní častěji mluví. Smrt se stává běžným, obvykle konkrétně zaměřeným tématem rozhovoru.

Ten fakt, jak člověk v tomto životním období vnímá svou blížící se smrt, úzce souvisí i se skutečností, jak on samotný pohlíží na svůj, dosud proběhlý, život. Pokud někdo skončí při bilancování svého života s pocitem marnosti nebo nenaplněnosti a nesplnění životních cílů, bude se s koncem své existence smířovat mnohem hůře než člověk vyrovnaný, spokojený a činorodý.⁴

³ Prof. PhDr. et RNDr. Marie Vágnerová, CSc. je česká psychologka, přední odbornice v oblasti pedopsychologie, vývojové psychologie a psychologie handicapu. V letech 1970–1990 byla zaměstnána jako klinický psycholog v Ophthalmopedickém ústavu FN v Motole. Následujících pět let (1990–1995) vyučovala psychologii na Pedagogické fakultě UK jako externí učitel. Od roku 1995 až dosud působí na Husitské teologické fakultě UK, kde vyučuje psychologii (psychopatologii, vývojovou psychologii a psychologii nemocných a zdravotně postižených) pro posluchače oborů učitelství. Je autorkou řady monografií, vysokoškolských učebnic a metodických příruček

⁴ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha : Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3

2.1.1 Fenomén stáří

Na fenomény provázející stáří, se na počátku 21. století změnily všeobecné náhledy. Ambivalentní pohled na příchod stáří, v období kdy odchází pozdní dospělost a nastává důchodový věk, je pro většinu lidí v tomto konkrétním životním stádiu typický. Cílem mnoha lidí je dosažení dlouhověkosti a obvyklým přáním každého člověka je zachování fyzické soběstačnosti a vlastní autonomie až do závěrečných životních fází. Avšak stáří globálně odmítáme. Lze říci, že z něj máme obavy. Pohled na stále častější styk s lidmi vyššího věku dosáhl velké změny. Člověk v období časného stáří už má také daleko více volného času přemýšlet o posledních letech života a o svých představách jejich prožití.

Konfliktní oblastí pro kategorii lidí nacházející se v současnosti v období počátku stáří je boj proti zvyšování věku pomocí přehnané aktivity nebo radikálními změnami životního stylu.

Tyto strategie mají, v poměru k vynaloženému úsilí, pouze dočasný efekt a jsou velmi klamnou a neúspěšnou taktikou. Mnoho lidí, doposud mentálně nevyrovnaných se zvyšováním svého věku, se vůči mladším generacím, chová odmítavě, negativně, netolerantně. Jedná se o projev hostility osobnosti, tj. negativní orientace vůči druhým osobám, která se vyznačuje kognitivními, emocionálními a behaviorálními projevy (Barefoot a kol., 1993, s.3, výňatek z Barefoot, 1992)⁵

2.1.2 Pohled na stáří v dějinách lidstva

Cicero: „*Duševní síly zůstávají zachovány i v pokročilém věku, jen když zůstane zachován zájem a horlivost...*“⁶

Seniorský věk je zcela přirozeným obdobím lidské existence. Z historického pohledu má slovo stáří mnoho různých významů. Už od dávnověku si každá společnost vytvářela svůj specifický postoj k dlouhověkosti, od kterého si, posléze, vytvořila vlastní a typickou charakteristiku pojmu stáří. **Staroegyptský pohled na stáří se snoubil s úctou a pochopením, spartánský model je typický svým necitelným, někdy až brutálním postojem ke stáří a nemohoucnosti.**

⁵ STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha : Portál, 1999. s.167 ISBN 80-7178-274-2

⁶ ŘÍČAN, P. *Cesta životem: Vývojová psychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2006. s. 337 ISBN 80-7367-124-7

Na počátku 19. století se za starého člověka považoval čtyřicátník, o sto let později se kmetem nazýval, v dnešní době běžný, padesátník. Po uplynutí dalšího století se za starého člověka šedesátník nepovažuje.

Na začátku dvacátého století představovali v našich zeměpisných šířkách lidé starší šedesáti let necelých šest procent populace. Dnes představují čtyřnásobek, a to se pochopitelně musí projevit v charakteru a orientaci společnosti jako celku.⁷

V posledním století se řadě lidí splnil sen o dlouhověkosti. Jedinců, kteří dosáhli věku okolo sta let je stále více. Současně s touto skutečností dochází nejen k celospolečenským, především ekonomickým problémům, ale začaly se objevovat problémy jednotlivců souvisejících s trendem odmítání stárání. **Lidé se nechtějí zařadit do kategorie seniorů, odmítají představu i skutečnost biologické, fyziologické i psychické normy daného obrazu pokročilého věku.**

Avšak předtím, než se člověk stane starým, musí prožít relativně dlouhé období, ve kterém se na opravdové stárání připravuje. Rychlost samotného procesu stárnutí je ovlivňována celou řadou faktorů bio-psycho-sociálního charakteru a jeho výsledek se u každého jedince liší.

2.1.3 Věk kalendářní a biologický

„Biologický věk u dospělých informuje o kvalitě a funkčnosti organismu. Růst biologického věku ve vztahu k chronologickému má u dospělého člověka za následek snížení vitality a rezistence organismu. Často bývá v anglické literatuře používán termín „physical fitness age“ (věk fyzické zdatnosti). Znamená v podstatě kondici jedince. Čím je tato hodnota nižší, tím je jedinec kondičně lepší. Neznamená to však, že biologický věk bude nižší. Doposud není zcela jasné, které fyzické změny mohou nejlépe ohodnotit tempo stárnutí. Na rozdíl od změn v dětském věku nemá stárnutí přesně definovatelné úseky. Je to spíše proces kontinuální, bez jasných počátečních a konečných podob jednotlivých znaků.“⁸

⁷ ŠIKLOVÁ, J. Sociální gerontologie je disciplína s budoucností. *Psychologie dnes*. 2007, roč. 13, č. 1, s. 41–42. ISSN 1212-9607

⁸ KRIVÁKOVÁ, M. Biologický věk – celkový stav organismu. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 1, s. 55. ISSN 1210-0404

Rozhodujícím a v praktickém životě určujícím mezníkem je v životě tak zvaný skutečný věk člověka, který odpovídá věku funkčnímu. Funkční věk je vysoce individuální jev.

Každý jedinec ve společnosti stárne různým tempem, a to může být příčinou situace, že v některých případech se kalendářně mladý člověk stane biologicky, případně i psychicky, předčasně zestárlý anebo naopak. Do určité míry je proces stárnutí na zdraví nezávislý, ale v důsledku se vykazuje jako multidimenzionální a nestejnoměrný.

Rychlost stárnutí organismu je velice osobitý fakt a velmi záleží na sociálním klimatu, jaké vytváří společnost, v níž konkrétní jedinec žije.

Celkové společenské chování ovlivňuje postavení a generační status starších lidí v období třetího věku. Nezanedbatelným typem analýzy vztahu k rychlosti fyzického i duševního stárnutí je rozbor působení nepříznivých vlivů okolí, celkové přetěžování organismu, nevhodná strava, kouření a povrchní způsob života. Velmi nápadným se stává rozdíl mezi kalendářním a biologickým věkem v okamžiku odchodu člověka do důchodu. Nárok na pobírání požitků důchodu dovršením důchodového věku a splněním dvaceti pěti odpracovaných let včetně odvodu sociálního pojištění, mají všichni podle stejně nastavených pravidel a bez ohledu na to, zda se jedná o mladého důchodce nebo o osobu v kmetském věku.

Lidé dnes odchází do starobního důchodu v době okolo šedesáti let, ale věková hranice se v našem státě bude zákonnou normou posouvat k šedesáti pěti letům. Formální důchodový věk se tak nenápadně posouvá až ke druhé polovině šestého decenia, tedy k dovršení chronologického věku sedmdesáti let.

Lidé se obecně nechtějí zařazovat mezi staré. Odmítají představu biologického i psychického schématu stáří. V období, kdy se přibližuje důchodový věk a okamžik odchodu do důchodu, snaží se člověk většinou oddálit moment této změny, která se stává důsledkem změny sociální role. Pro své okolí se formálně stávají starými, ačkoliv se starými fyzicky ani duševně dosud necítí.

Jedním z indikátorů tempa stárnutí a stáří je biologické stáří a dalším ukazatelem je věk funkční. **Funkční věk vypovídá o konkrétní duševní výkonnosti, svěžesti, schopnosti pracovat a schopnosti sebepéče.**

V současném sociálním klimatu se mládí stalo kultem a je vyzdvihováno nad životní zkušenosti. Tradice jsou odmítány na úkor účelnosti, povrchnosti a kritiky. Hrozí nebezpečí, že silně poklesne úcta a pochopení starší generace.

Společenské odmítnutí stáří má tak všeobecně negativní sociální dopad.

I negativní výchova mladších generací k představě o stáří a stárnutí může být příčinou posunu v životním vývoji. Časnou, fyzicky i mentálně aktivní etapu stárnutí a stáří, reprezentují tak zvaní mladí důchodci v období časného stáří. Tito jsou již společensky označováni za staré, ale jejich biologický věk ještě nemusí nutně jevit známky involuce.

Člověk, odcházející do důchodu, respektive dosahující důchodového věku, prožívá ve společnosti a ve svém okolí určitou stigmatizaci. Ta vychází z reality, že spolu s odchodem do důchodu, kdy jedinec obvykle opouští svou pracovní pozici, ztrácí také své sociální kontakty. Vzhledem k tomu, že pro stárnoucího člověka bývá zaměstnání i životním posláním, ztrácí také svého koníčka.

Nezávisle na běžné a obvyklé představě o muži či ženě konkrétního věku, má vývoj takových představ určitou setrvačnost a stereotypii. Hovoříme o sociální stigmatizaci, labellingu, etiketizaci.

Mediálními prostředky a informacemi jsou hranice předělující pozdní dospělost a období počátků stáří posouvány do vyššího věku. Za nástroje, vedoucí k oddálení projevů fyzického stáří platí, například, barvení vlasů, věku neodpovídající chování, snaha o zachování mladistvého věku pomocí kosmetických přípravků, ale i agresivnější prostředky. Těmi mohou být, například, plastické operace, které dosáhly v posledních desetiletích značné dokonalosti.

Častou je, zvláště u žen, typická touha po pořizování dětí ve věku téměř na hranici biologických možností. Muži zase rádi mění své partnerky za mladší a atraktivnější s cílem předvést okolí svoje fyzické schopnosti.

Jinou oblastí jsou medicínské znalosti a možnosti prodlužování věku pomocí invazivní medicíny.

Změny obrazu a postoje ke stárnutí a stáří obecně, mohou transformovat změněné sociální možnosti a finanční nezávislost některých jedinců v postkomunistické společnosti pramenící ze změn společenského uspořádání.

Někteří lidé preferují jako prostředek proti fyzickému stárnutí duševní trénink formou četby, sebevzdělávání, celoživotního vzdělávání nebo studií na univerzitách třetího věku.

2.1.4 Průměrný věk a střední délka dožití

Poměrně častým statistickým údajem je tak zvaný průměrný věk člověka. Postup jeho výpočtu je takový, že se nejprve vypočítává součet počtu let, kterého se dožili všichni zemřelí a ten je poté vydělen počtem zemřelých. Tento údaj je ve statistikách prezentován poměrně často, ale za přesný termín považován není.

Za odbornější a statisticky výstižnější je údaj o střední délce dožití. Tento výpočet je přesnější a jeho hodnoty vypovídají o tom, jakého očekávaného věku se pravděpodobně dožije právě narozené živé dítě.⁹

Délka života jedince je dána nejen genetickou výbavou, ale důležité jsou i vlivy prostředí, ve kterém jedinec žije a žil.

V délce existence člověka jsou mezi lidskou populací značné rozdíly. V minulých dobách byla šance na dožití se geneticky daného věku jedince malá, ale v současnosti se, vlivem zvýšení kvality zdravotní péče a hygienických podmínek, postupně zvyšuje. Očekávaná doba dožití je vlivem systematické péče o člověka, pokroku lékařské vědy a hygienických a nutričních zásad, dosahována vyšší než existovala v polovině dvacátého století, tedy před padesáti lety a více.

V současnosti je u mužů očekáván věk dožití v průměru šedesát osm let a u ženy se pohybuje okolo sedmdesáti pěti let. Praktický pohled na tuto problematiku je takový, že lidský věk se neprodlužuje, ale očišťuje.

⁹ Naděje dožití (střední délka života) je počet let, který pravděpodobně ještě prožije osoba v určitém věku za předpokladu, že se během jejího dalšího života nezmění řád vymírání. Zjištěný úmrtnostní tabulkou.

2.2 DEMOGRAFICKÝ POHLED NA OBDOBÍ STÁRNUTÍ

Demografické stárnutí populace je problémem všech vyspělých zemí. Je výsledkem pozitivních, sociálně-ekonomických, změn v populacích vzniklých v posledním století. Prostřednictvím obratu ve věkové struktuře obyvatel, dochází ke změnám v sociální sféře, způsobené především zvyšováním jejich průměrného věku.¹⁰

Současná globální situace mění poměr lidí v produktivním a postproduktivním věkovém období směrem k vyššímu věku.

Ve světě i u nás narůstá počet osob starších ročníků. Podmínky k prožití plnohodnotného života, ale můžeme hledat a nacházet pouze v prostředí, kde společnost vytváří pro lidskou existenci kvalitní životní podmínky a předpoklady.

Obvykle se jedná o ty lokality, kde nehrozí válečné konflikty ani rizika živelných či sociálních katastrof. Tam, kde má rozvoj vědy a umění svůj vymezený prostor, tam se nachází i prostor pro řešení problémů celé stárnoucí populace a starých lidí.

Obyvatelstvo České republiky, tak jako i v jiných vyspělých zemích, stárne a přibližuje se okamžik, kdy lidé nad šedesát pět let věku budou tvořit téměř jednu čtvrtinu obyvatel. To je skutečnost, která souvisí s dalšími změnami v sociální realitě na celospolečenské úrovni.

Věková struktura obyvatelstva České republiky patří dosud k evropskému průměru.

Demografické stárnutí české populace nastoupilo oproti západoevropským zemím s určitým zpožděním a v současnosti probíhá ve specifických podmínkách společenské a ekonomické přeměny. Tato společenská a ekonomická přeměna spočívá v globalizaci, ve změně žebříčku hodnot, v rozmanitosti životních cyklů a stylů a také v konzumní kultuře.¹¹

I biologicky podmíněné stárnutí jedince a demografické stárnutí společnosti se, v souvislosti s novými skutečnostmi, mění a některé změny určuje právě samo stárání.

¹⁰ Viz příloha č. 1 - Demografický strom života v letech 2010 - 2050

¹¹ ŠIKLOVÁ, J. Sociální gerontologie je disciplína s budoucností. *Psychologie dnes*. 2007, roč. 13, č. 1, s. 41–42. ISSN 1212-9607

Časné stárí se tak stává v mnohých stádiích dimenzí, ve které se prolínají celoživotní sociální, ekonomické, kulturní a psychologické vlivy, a v němž se odehrává jedna z výjimečných a neopakovatelných zkušeností životního cyklu.

Proces stárnutí obyvatelstva je dlouhodobý a provázaný. Mění se jím věková struktura populace. **Demografické stárnutí způsobují dvě základní hodnoty. Jednou z nich je snižování plodnosti, čímž dochází ke snížení dětí v populaci a druhou je snížení úmrtnosti způsobené tím, že se prodlužuje naděje na dožití.**

Analýzy, které se vztahují k problematice prodlužování věku, jsou většinou orientovány demografickým či ekonomickým směrem. Avšak stárnutí populace je rozsáhlým fenoménem, zejména lidského a sociálního dosahu. Ve svém konečném důsledku se dotýká každodennosti mnoha miliónů současných seniorů. Osoby vyššího věku budou, podle demografických prognóz, tvořit v roce 2020 největší část obyvatel planety.¹²

Podle údajů z posledního sčítání lidu žijí u nás skoro dva miliony osob ve věku šedesát a více let, tvořící necelé dvě pětiny obyvatelstva. Z více než tří pětín jde o jedince v tzv. třetím věku, tedy v období časného stárí v rozmezí šedesáti až sedmdesáti čtyřmi lety.¹³

Stalo se tedy nepochybnou skutečností, že svět v příštích desetiletích bude muset přijmout mohutnou a silnou generaci střední a starší věkové skupiny.

Porodnost

Demografické studie v posledních desetiletích došly k důležitému závěru, že vlivem konzumního způsobu života se zásadně posunul věk vstupu do prvního manželství a období zplození prvního potomka. Prvořadě se starých lidí dotýkají proběhlé a v současnosti probíhající transformace v reprodukčních zvyklostech.

Ve druhé polovině dvacátého století znatelně stoupl počet populace ve věku okolo šedesáti let. Ve stejném období také klesla míra porodnosti. Tím dochází k faktu, že dnešní šedesátníci a starší osoby mají méně příbuzných, kteří by se o ně mohli postarat.

Stárnoucí rodiče přirozeně očekávají pomoc od svých potomků. Ti však mají, díky demografickému vývoji společnosti, povinnosti nejen ve svých nově vybudovaných rodinách.

¹² CHYTIL, D. *A léta běží*. 1. vyd. Praha : ČSÚ, 2006. 70 s. ISBN 978-80-250-1418-9

¹³ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stárí: Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha : Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5, str. 40

Rovněž pracovní povinnosti neumožňují dospělým dětem poskytnout dlouhodobou péči svým stárnoucím rodičům.

2.2.2 Vdovství

Se zvyšujícím se věkem dochází k vyššímu počtu ovdovělých osob. Dopad ztráty životního druha závisí hlavně na tom, do jaké míry byla očekávána. Starší jedinci se vyrovnávají s ovdověním lépe, což je přičítáno jejich dlouhodobé adaptaci a očekávání. Mezi respondenty, kteří se cítí nejčastěji sami, je největší podíl vdov/vdovců a rozvedených. S tímto faktem souvisí i závislost mezi osamocením a počtem členů domácnosti. Negativní pocity provázející osamocení závisí na rodinném stavu. Největší podíl těch, kteří se cítí nejčastěji sami jsou respondenti, kteří žijí v jednočlenné domácnosti.¹⁴

Významným statistickým údajem je fakt, že muži umírají v průměru o osm let dříve než ženy, což specificky formuje strukturu seniorů ve společnosti podle pohlaví a rodinného stavu.¹⁵

Nejen naše, ale i světové demografické statistiky uvádějí, že vdovství je převážně zkušeností žen. V kategorii osob ve věku šedesát až šedesát čtyři roky žijí v manželství více než 4/5 mužů a 3/5 žen. V nejmladší věkové skupině seniorů, tj. v období senescence, představuje podíl vdovců okolo pěti procent a podíl vdov zhruba pětinu z celkového počtu osob v dané kategorii.¹⁶

Na tisíc žen ve věku šedesát až šedesát čtyři roky připadá osm set šedesát pět mužů a postupně se toto číslo zvyšuje, až je při věku ženy osmdesát pět let a více poměr 1000 : 367 v neprospěch mužů.

Se ztrátou manželky se obvykle lépe vyrovnávají muži. Po ovdovění uzavírají nový sňatek častěji než osamocené ženy. Tento fakt je nepochybně způsoben větší příležitostí přizpůsobit se nové partnerce a lepším finančním zajištěním.¹⁷

¹⁴ Viz příloha č. 2- Pocity osamocení v české populaci podle rodinného stavu

¹⁵ CHYTIL, D. *A léta běží*. 1. vyd. Praha : ČSÚ, 2006. 70 s. ISBN 978-80-250-1418-9

¹⁶ <http://insoma.cz/index.php?id=1&n=1&d_1=paper&d_2=2006_10b> 10.3.2008

¹⁷ CHYTIL, D. *A léta běží*. 1. vyd. Praha : ČSÚ, 2006. 70 s. ISBN 978-80-250-1418-9

2.2.3 Rodina

Rodinu je třeba chápat jako základní součást společnosti, která slučuje všechny věkové kategorie. Na počátku 21. století žije vícegenerační rodina společným životem už jen vyjíměčně. Takový model je spíše vidět na malých městech a vesnicích, kde ještě přetrvává způsob bydlení v rodinných domech. Pospolitost rodiny se ztrácí, zvláště trojgenerační model, a prohlubuje se styl konzumní povahy rodinného života.

Vytrácí se tradice principu moudrého stáří, nedochází k předávání zkušeností. Zdůrazňováním technického rozvoje společnosti, se akcentuje pokrok a stárnutí ztrácí své výsadní právo na předávání zkušeností, které je považováno za obtěžující. Všeobecná reklama zdůrazňuje společenskou normu, která podbízí preferenci kultu mládí. Současnost napomáhá upevňovat toleranci a podporovat závislosti dětí a mládeže na rodičích, ale, naopak, závislost stárnoucích rodičů na svých dětech a blízké rodině je považována za společensky obtěžující.

Společenské změny, proběhlé ve druhé polovině 20. století se znatelně dotýkají nejenom současné stárnoucí generace, ale celé společnosti v ohledu k budoucímu demografickému vývoji obyvatelstva.

Stárnoucí lidé žijí sami nejen proto, že současná doba preferuje život dětí oddělený od nukleární rodiny.¹⁸ Příčinou může být zvýšená vlna rozvodovosti, která vrcholila v sedmdesátých a osmdesátých letech minulého století a postihla hlavně generaci současných šedesátníků a sedmdesátníků.

Vliv rozvodovosti se na počátku našeho století snížil i díky tomu, že páry převážně žijí nesezdány.¹⁹

¹⁸ Rodinu jako celek tvoří její členové, kteří se generačně oddělují. Obvykle jsou to rodiče a jejich děti. V takovém případě hovoříme o nukleární rodině.

¹⁹ <http://insoma.cz/index.php?id=1&n=1&d_1=paper&d_2=2006_10b> 10.3.2008

2.3 STÁRNUTÍ

Charakter osobnosti se modeluje v průběhu celého lidského života. Pro utváření profilu člověka je zvláště důležité období jeho rané dospělosti. Pozdější změny jsou převážně výsledkem úpravy úsilí a intenzity pocitů a postojů konkrétní osoby než zásadními změnami a zvraty charakterových rysů.

V pokročilém věku nabývá na důležitosti přesnost a dokonalost před rychlostí. Pro stárnoucího člověka jsou některé způsoby chování typické. **Stáří lidé špatně snášejí jakékoliv změny. Rádi udržují pořádek v čase i prostoru a čím je člověk starší, tím více ho přicházející změny traumatizují. Každý nový stresující faktor může být příčinou ztráty zálib, přátelských vztahů k blízkým osobám, k hodnotám, ideálům, osobním i společenským cílům. Typický stárnoucí člověk je ostražitý před chybami v uvažování, dává důraz na přesnost a dochvilnost.**

Jednoznačný a typický vzor osobnosti ve stáří není dán. Určité typy povahy usnadňují nebo zhoršují schopnost vyrovnat se s obdobím časného stáří.

Každý jedinec však disponuje celou řadou schopností, jak může do svého osudu zasáhnout.

Pomocí různých tréninkových metod a zachováním zdravého životního stylu je možné docílit udržení úrovně svého jak fyzického tak psychického stavu.

Mnohem komplikovanější je však vzájemný vztah mezi životním stylem a mírou spokojenosti.²⁰

Vědecké výzkumy se většinou týkají spokojenosti a kvality života. Jsou zaměřeny na studium souvislostí mezi socioekonomickou úrovní, etnickou příslušností, vdovstvím, rodinnými vztahy a celou řadou dalších faktorů v porovnání s vývojovým obdobím stáří, které vytváří složitý řetězec událostí a tlaků, jejichž dynamika ještě není zcela prozkoumána.

Stárnoucí člověk, který se cítí zdravý a je v dobré fyzické a psychické kondici, bude mít přirozeně větší sebevědomí a vyšší motivaci k výkonu v tělesných i duševních činnostech. Při snaze společnosti porozumět stárnoucím osobám je potřeba zvažovat i množství vnějších vlivů, působících na introspekci stárnoucího člověka a jeho životní spokojenost.

²⁰ NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha : Akademia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0

Významným indikátorem pohledu na osobu v období časného stáří a na poskytování spokojenosti a kvality života je vliv stereotypních obrazů a norem, pod kterými si stárnoucího a starého člověka okolní společnost představuje.

Jedinci vstupující do období časného stáří většinou výraz „starý“ odmítají používat. Vlastní sebedůvěru v mnohém mohou, a také ovlivňují, jejich bývalé iluzorní pohledy na věk, vytvořené v mladších obdobích. Tyto představy vytváří jakousi nastraženou past, která opakovaně oživuje představy z minulých let.

U většiny lidí se vlastní sebepojetí s postupujícím věkem zhoršuje. Vzory vytvořené v souvislosti se stářím a související s pohlavím jsou obvykle slabší než ty příklady, které zohledňují chování stárnoucího člověka.

Například typické mužské stereotypní znaky, jako jsou síla, průbojnost, agresivita, a podobně, se vlivem přicházejícího stáří rozměňují a slábnou.

Další z významných kritérií příčin změny vnímání vlastní osobnosti s přibývajícím věkem je, často se vyskytující, stupeň finanční závislosti, který se může stát spouštěčem depresivních poruch.

Kvalitu života a spokojenost osoby v období přicházejícího stáří ovlivňují i jiné zásadní životní události. Jednou z nich může být úmrtí příbuzných nebo přátel, vlastní nemoci a dalšími bývají potíže mladších příbuzných, nejčastěji dětí. Závažnou změnou ve vnímání kvality života, spokojenosti a sebepojetí se jeví právě odchod do důchodu a ovdovění.²¹

Spolehlivé ukazatele spokojenosti a kvality života, při ukončení jeho produktivního fáze, má také rozsah sociální politiky v úrovni sociální péče a sociálních služeb daného státu. V neposlední řadě ji také významně ovlivňují majetkové a ekonomické poměry konkrétní osoby.

Na chování a jednání člověka ve vyšším věku, mohou mít ve stáří vliv důležitá rozhodnutí z minulosti, kupříkladu rozhodnutí o volbě povolání, o kariéře, příbuzenských vztazích, počtu dětí a podobných determinantů. Mezi další příčiny změny sebeobrazu jedince jsou řady životních osobních zvrátů, které s počínajícím stářím souvisejí, a které prožitek konkrétní osoby ovlivňují.

Pro fenomén zvaný stáří platí přímá úměra v tom smyslu, že čím více člověk podléhá jím utvrzeným představám a charakteristikám stáří, tím více si snižuje svou vlastní

²¹ Viz příloha č. 3 – Žebříček stresorů

sebedůvěru. Čím kritičtěji hodnotí ostatní vrstevníky, tím kritičtější má subjektivní vztah ke své osobě.

Jsou určité typy osobnosti, které se mohou lépe adaptovat na rané stáří a určité typy lépe na stáří pokročilé. Odolným a soutěživým typům, ambiciózním, budujícím osobní kariéru, vyhovuje lépe mladší dospělost, naopak bezstarostným a nedbalým osobám lépe vyhovuje stáří, pro jeho rozvážnost a odpočinkový styl života. Obecně platí, že chce-li být jedinec v období stáří spokojený, musí být na jeho atributy důkladně připraven.

Stárnoucí lidé svou osobnost musí přizpůsobovat zvyšujícímu se věku postupně. Je třeba přijmout vědomí o přicházejících omezeních provázejících stárnutí a připravit se na ně. Je třeba, aby se vědomě naučili snižovat subjektivní nároky a svou zodpovědnost postupně začali předávat mladší generaci.

Typ osobnosti člověka se, ale vyhraňuje ještě dlouho před počátkem stáří a všechny tyto hypotézy silně ovlivňuje sociální prostředí jednotlivců v němž žijí.

Charakterové rysy, projevující se v období časného stáří a v pozdějším věku, se formují už od mládí a platí, že jsou podobné vlastnostem, které provázejí osobnost v době rané dospělosti. U labilních typů osobnosti člověka je předpoklad, že v období přicházejícího stáří se budou obracet do svého nitra a naopak stabilní typy osobnosti se více projeví navenek.

Za stěžejní příčiny, vedoucí k prohloubení introvertního chování, jsou považovány úzkosti a nevyrovnání se se ztrátou svých blízkých příbuzných, přátel, zrychlení celospolečenského tempa, rozvoj industrializace.

Pro extrovertní chování je příznačná vyrovnanost, stanovení dosažitelných cílů, celková vyrovnanost a osobní spokojenost, kvalitní sociální vazby.

Trvalé odmítání přijetí období nadcházejícího kalendářního a biologického stáří je významná ukázka, kterou je možné nazvat penzijním kolapsem.

Člověk v pracovním procesu si udržuje jistý společenský statut a roli, jejichž význam je jasný jak jemu osobně, tak celé společnosti. Představa konce určitého sociálního postavení se s přibližující konkretizací problému stává příčinou úzkostí. Blízké okolí pozoruje časté změny nálady, podrážděnost, přecitlivělost nebo vztahovačnost. Příčinou tísně jsou související pocity bezmoci, ztráty životních perspektiv a jistot.

Výchozí pozice u člověka na počátku stáří je významně jiná, než jeho postavení na sklonku života za další desítky let později. Myšlenky jsou soustředěny na aktuální prožívání strachu z vyloučení, na pocity osamělosti, bezmoci, nemoci. Mohou být zcela oprávněné a mít faktický základ, ale pod podobným objektivním nálezem mohou tito

lidé trpět psychosomatickými nemocemi, jejichž základ je v psychické nerovnováze a prožívání každého jednotlivého jedince, který se ještě zcela nevyrovnal se skutečností.

Tito lidé mají tendence transformovat své nemoci do fyzických chorob. Pro stárnoucího člověka je významným posláním nutnost vyrovnat se s přicházejícími stigmaty stáří, naučit se bojovat s pocity méněcennosti, s odmítáním vlastního těla a naopak využít krásy duševních hodnot zvyšujícího se věku.

Bývají to neviditelné ukazatele strachu z nemocí, z konce života a počátku samoty, vedoucí k psychogenním neurózám.

Psychogenní neurózy jsou častou příčinou nespokojenosti a snížení kvality života stárnoucího člověka.

Určení duševního růstu nebo úpadku ve starším věku je nesnadné. Stejně jako se člověk může s přibývajícím věkem rozvíjet, je možné, že po mentální stránce bude chátrat.

Typickým projevem psychického strádání je uzavření se do sebe, nepřijetí okolní společnosti, vnitřní ochuzování, křečovitě udržování svých vlastních tradic a pozic, opakující se konflikty.

V oblasti duševního stárnutí dochází ke střetům biologických vlivů zvyšujícího se věku a vlivy věku funkčního. K agravaci nedostatků fyzického stárnutí, vlivu životní perspektivy, změny vzhledu těla a tváře umocňují duchovní nerovnováhu stárnoucího člověka.

Přirozené stárnutí je nutné přijmout a odtrhnout od předsudků, které jeho průběh nedůstojně zveličují.

2.3.1 Kvalita života

Stárnutí, nebo-li přibývání věku má dvě přirozené polohy. Jednou z nich je ztráta, druhou objevení nových úkolů a příležitostí. Laickým povědomím o stárnutí je představa o opotřebování organismu. Tento názor je často veden z přesvědčení, že stárnutí je naprogramováno a probíhá podle daného genetického plánu.

Za šťastného a spokojeného člověka je společností považován jedinec, který i své poslední roky života umí a dokáže ujit sám a bez pomoci, zůstane soběstačným s plně zachovalými intelektuálními i fyzickými schopnostmi a možnostmi, ekonomicky zajištěný, a je obklopen láskou svých blízkých. To však stojí léta přípravy a mnoho úsilí.

Zvyšováním věku se v těle probouzí, v mládí potlačené, přirozené a naučené mechanismy chování. Rané stáří přináší možnost vnímat nové polohy, city a smyslnost. Pohled na okolní svět už není tak důležitou záležitostí, dochází k rozvoji zásadovosti a tolerance.

Ke spokojenosti potřebuje každý člověk lásku a cit k něčemu nebo k někomu. Zdravě stárnoucímu člověku už stačí k seberealizaci mnohem menší množství náklonnosti, sympatií a lásky než člověku v mladém či středním věku života. Senior už dokáže přehlížet negativní vlastnosti společnosti.

Každá vývojová etapa má na následující evoluční stupeň v životě jedince zásadní a důležitý vliv. Pro zvýšení kvality života v pozdějším věku se významně uplatní zkušenosti z jeho raných fází.

I v průběhu svého vlastního života obvykle hodnotíme vyšší věk z různých úhlů pohledu. V souvislosti s právě prožívaným životním obdobím ho přijímáme i klasifikujeme rozdílně.

2.4 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY PROVÁZEJÍCÍ STÁŘÍ

V očích mladších generací je stáří a jeho znaky viděno většinou jako úpadek a ztráta tělesných i duševních sil a schopností, ztráta půvabu a svěžesti mládí. Každé životní období však přináší nějaké nové zkušenosti, kvůli kterým stojí za to, aby je člověk vyzkoušel. Splnění si přání z mládí, zkusit něco co obdivuje už dlouhá léta.

Různé osobní zážitky dopomáhají ke zdokonalování, a proto prožívání konkrétních situací v určitých životních obdobích je momentem, na který se jedinec může připravovat celý svůj uplynulý život. **Přibýváním věku se sice některé příležitosti a úkoly vytrácejí, avšak postupně se objevují nové možnosti a jejich vhodným uchopením může osoba v období časného stáří žít velmi hodnotným a spokojeným životem.**

2.4.1 Psychické změny

Demografickým prodloužením věku se prodloužilo hlavně období stáří. Období, kdy se nejeden člověk trápí myšlenkou o neužitečnosti, bezcíllosti, ztrátou řady sociálních rolí, osaměním a odcizením se řadě sociálních rolí.

Psychika staršího jedince je souborem vlivů, které se objevovaly a vzájemně na sebe působily už od dětství. Stáří je integrací genetických vlastností, biologických faktorů, zkušeností ze společenského života v průběhu celého uplynulého života.

Ve stáří se projevují a zvyrazňují typické vlastnosti člověka. Senioři žijí více ve svém světě, obraze svůj žebříček hodnot od materiálních statků k duchovním, k introspekci, egocentrismu. Jiní směřují k opačným cílům a snaží se oddalovat nejen psychické, ale i fyzické involuční změny.

Stáří pochopitelně přináší i ztráty, s nimiž se vytrácí pozitivní stránky života.

Zátěže a negativa doprovázející období stárnutí, jsou většinou ovlivnitelné za předpokladu, že bude vynaloženo určité úsilí. Obvykle lze oddálit jen některé charakteristické příznaky:

- ✓ úbytek paměti
- ✓ zvýšenou duševní unavitelnost
- ✓ citovou zranitelnost
- ✓ degenerativní onemocnění cév
- ✓ pozornost

- ✓ **zhoršení postřehu**
- ✓ **snižování smyslových funkcí**

Působením postupně přicházejících a neovlivnitelných příznaků časného stáří dochází u zdravých a přizpůsobivých lidí k nahrazování funkčního deficitu pozitivy, mezi nimiž jsou, pro další vývoj osobnosti nejdůležitější, duševní růst a schopnost se soustředit.

Stárnoucí člověk je nucen naučit se rozvážnosti. Ukládáním předmětů denní potřeby na jedno známé místo nebo používáním zápisů využívá vnější paměti. Vzhledem ke zhoršení postřehu a zpomalení reakcí se stává opatrnějším, klidnějším a tolerantnějším. Všechna jsou to opatření, vedoucí k upevňování sebepojetí a udržení stávající úrovně kvality života.

2.4.2 Fyzické změny

Mezi fyzické změny provázející stáří jsou řazeny změny v kloubech, šediny, vrásky, pozvolné involuční změny tělesného zdraví.

Moderní medicína dokáže jejich vznik pozastavit nebo oddálit a průběh zpomalit a zpříjemnit.

Některými zákroky plastické chirurgie dosahujeme odstranění typických znaků přicházejícího stáří. Pro život jsou relativně nevýznamné, ale na duševní stav člověka mají velký vliv.

Jedním z nejdůležitějších aspektů vývoje osobnosti je volba vlastního životního stylu. Životní styl je důležitou součástí stárnutí organismu a obsahuje pojmy, jako jsou stravovací zvyky, cvičení, kouření, duševní hygiena.

S přicházejícím věkem se člověk jen zřídka a nerad svých zvyků zříká, zvláště za předpokladu většího fyzického úsilí a vnímání aktivity jako zhoršování osobního komfortu.

Mnoho studií však podotýká, že člověk, který se dlouhodobě věnuje určitému pohybovému a stravovacímu režimu, má v pokročilém věku lepší psychomotorický výkon.²²

Pohyb je způsob, jak si stárnoucí člověk může prodloužit délku svého aktivního života spolu s tělesnou a duševní pohodou. K tomu, aby se zvýšila fyzická kondice na velmi dobrou stačí po dobu několika měsíců půl hodiny rychlé chůze pět až šest dní v týdnu. Míra úmrtnosti starších osob, které mohou být zařazeny do kategorie lidí s dobrou fyzickou kondicí, je poloviční oproti lidem bez kondice.

Je otázkou, zda úroveň tělesného zdraví vždy vede ke spokojenosti člověka, proto jsou hledány vazby mezi duševní a tělesnou pohodou a úrovní sebehodnocení. Souvislosti mezi fyzickou aktivitou a duševním zdravím osobnosti zkoumá nově vznikající medicínsko-psychologický obor nazvaný psychosomatika.

Zhoršování fyzického zdraví mohou způsobovat stařecké deprese nebo stres a naopak chatrné zdraví či tělesná vada mohou negativně ovlivňovat duševní stav člověka.

Časné stáří doprovází univerzální znaky stárnutí, které sdílejí bez rozdílů všichni stárnoucí lidé. Typickým univerzálním znakem přicházejícího stáří jsou postupně se prohlubující vrásky.

O pravděpodobné znaky stárnutí se jedná v případě, že jejich počátek nepřichází v jednotný čas. Pravděpodobnými znaky stárnutí je například artróza, šednutí vlasů, ztráta chrupu, stařecká vetchozrakost.

Díky životnímu stylu nebo genetické výbavě konkrétního jedince se dají některé znaky stárnutí oddálit.

S počínajícím stářím přichází i změny fyzického a zdravotního stavu znepríjemňující jedinci jeho každodenní povinnosti.

Pohybový systém člověka je v těle, spolu s kardiovaskulárním aparátem, jedním z nejzatíženějších. V mnoha ohledech jsou subjektivně nejhůře vnímanými změnami právě změny na pohybovém aparátu. Je to proto, že mají bolestivé symptomy a bolest patří mezi jedny z nejvýznamnějších syndromů úzkosti a snižování kvality života. Záleží na konkrétní osobě a jejích genetických dispozicích jakou kvalitu zachovají klouby, svaly a páteř v období, kdy dochází k přirozené degeneraci organismu.

²² Viz příloha č. 4 – Zdravý životní styl

Kardiovaskulární systém

S přibývajícím věkem se zhoršuje celkový zdravotní stav. Jedněmi z nejčastějších chorob a příčin úmrtí jedinců v období časného stáří jsou kardiovaskulární nemoci.

Téměř čtvrtina osob ve věku šedesáti pěti let trpí srdeční nedostatečností. V této věkové skupině dochází k výskytu až dvou třetin všech infarktů myokardu. K těmto důsledkům často předchází kumulace rizikových faktorů konzumního života.

U starších jedinců ztrácí cévní stěny pružnost, a současně se zvyšuje jejich periferní odpor. Tyto změny jsou příčinou zvýšeného krevního tlaku.

Zvyšováním obsahu krevních tuků se mění metabolismus glukózy. Snižuje se citlivost na inzulin a dochází k častějšímu výskytu cukrovky druhého typu. Všechny tyto skutečnosti mohou snižovat výkonnost kardiovaskulárního systému.

Pohybový systém

Obvyklé poruchy projevující své první příznaky v období časného stáří jsou nepříjemné symptomy chorob pohybového aparátu. U osob v raných obdobích stáří je jednou z nejčastěji objevujících se poruchou osteoporóza. Její příčinou je snižující se minerální kostní hustota, která je důvodem častějších zlomenin, především dlouhých kostí a obratlů, při prudkých pohybech. Osteoporóza je příznačná u žen po klimakteriu.

Dalšími častými nepříjemnostmi jsou degenerativní změny na kloubních chrupavkách. Dochází ke změnám provázeným snižováním množství kloubního mazu a tvorbou kostních výrůstků. K artrózám kloubů, které vlivem výrazných bolestí omezují kloubní pohyblivost.

Proces stárnutí obvykle provází zvyšování procenta ukládaného tělesného tuku a progresivní úbytek hmoty kosterního svalstva. Snižováním svalové hmoty se postupně snižuje také svalová síla. Úbytek svalové síly je do šedesáti roků téměř nepozorovatelný, ale v šestém a sedmém decenniu dochází k náhlému zvratu a svalová síla se snižuje asi o 15%. V dalších dekádách je tento úbytek ještě výraznější.

Dýchací systém

Dalšími funkčními příznaky fyziologického stárnutí jsou změny v kapacitě dýchacího systému. Mechanika dýchacích pohybů a saturace krve kyslíkem je ovlivněna zhoršující se pružností hrudníku.

Dále dochází k rozvoji chronické bronchitidy a později chronické obstrukční plicní nemoci, jejímž původcem je zcela jistě kouření cigaret.

Spojitost mezi aktivním kouřením a rozvojem plicního nádoru byla na základě mnoha studií finálně potvrzena na počátku druhé poloviny 20. století. Dodnes nejsou známy všechny procesy, které vedou ke vzniku rakovinotvorné buňky. Nicméně v případě rakoviny plic je drtivá většina všech případů, prokázaných v období okolo šedesáti let věku, dávána do souvislosti s kouřením. Průvodními jevy chorob vzniklých v důsledku kouření cigaret je ztráta autonomie a dušnost.²³

Dušnost je jedním z nejhůře vnímaných subjektivních příznaků, přivádějících jedince až k depresivním poruchám.

Paměť

Paměť je formována řadou dílčích funkcí, z nichž některé po padesátém roce života ochabují, jiné zůstávají neporušené. Zřetelně se projevují potíže s vybavováním a rozpomínáním na čísla, jména a odborné názvy, a to zvláště na ty, k jejichž pojmenování dochází zřídka nebo je třeba si je vybavit ve vypjatých situacích. Problém mnohdy nastává se zapamatováváním si běžných úkolů, zhoršuje se všípivost paměti. Snižuje se schopnost učit se.

Nervový systém

Involuční změny v nervovém systému stárnoucího člověka přivádějí k poklesu koordinačních schopností. Snižuje se odolnost vůči psychické i fyzické zátěži, schopnost adaptability, rychleji dochází k rozvoji únavy a nutnost prodloužení doby regenerace sil. V cizím prostředí se stárnoucí osoba cítí nejistá až úzkostná. Při změně prostředí se objevují poruchy spánku, zvýšená únavnost, rozmrzelost.

²³ Viz příloha č.5 – Statistiky 2007

2.4.3 Sexualita

Žít v dospělosti sexuálním životem je přirozené, normální a zdravé. Sexualita v pokročilém věku je však spojena s množstvím problémů, které se týkají zvláště ochoty o této oblasti hovořit. Dialog o problému sexuality a o záležitostech týkajících se intimity se velmi liší díky úrovni vzdělanosti a věku konkrétní skupiny, se kterou se o otázkách sexuality rozhovor vede.

Výrazný vliv na tuto skutečnost má především výchova. Problémy, vyskytující se při zkoumání sexuality starších lidí se velice často projevují už při zdánlivě běžné potřebě vyslovení slova „sex“.

Charakter období časného stáří, v souvislosti s kvalitou a úrovní sexuality s ním spojené, je i v této oblasti determinován chováním člověka v předchozích vývojových obdobích a letech, v nichž má sexuální pud u každého jednotlivce jinou intenzitu.

I ve stáří se objevuje potřeba přirozené sexuality, a to mnohdy ještě silněji než v mládí, kdy převládají starosti o děti a rodinu. Sexualita věkem nevyhasíná a její úroveň je dána úrovní sexuální aktivity v rané dospělosti.

Vyšší věk je v oblasti sexuality charakteristický přeměnami do jiných forem erotiky. S ubývajícimi potřebami péče o děti a život rodiny, kterou zvláště významně pociťují ženy, je možné zvolnit životní tempo a začít se věnovat svým vlastním potřebám. Intimní styk může být ve své kvalitě zachován a pro partnery může být samozřejmostí až do vysokého věku.

U některých osamělých jedinců se s přibývajícimi lety hlásí pocity zmeškané životní intimity. Zůstávají opuštěni v tom důvěrnějším smyslu slova. Jejich potřeba citu v partnerském vztahu se hlásí stále silněji a problém se objevuje častěji a je výraznější u žen. Svým počtem ženy významně převyšují mužskou populaci. Údaje Českého statistického úřadu uvádějí, že v období mezi šedesáti a šedesáti pěti lety připadají na jednoho muže čtyři až šest eventuálních partnerek.

Velkým determinantem pohlavního života je navazování nových intimních vztahů po ztrátě dlouholetého životního partnera. Někteří jedinci se po odchodu svého druhu dobrovolně vzdávají svých společenských potřeb, a to i v oblasti dalších sexuálních vztahů.

U mužů a u žen jsou příležitosti k sexuálnímu životu v období časného stáří rozdílné. Ženy žijí déle a v absolutních počtech muže své generace převyšují. Proto je možné říci, že

ženská sexualita ve vyšším věku neklesá ztrátou schopnosti nebo motivace, ale v důsledku malé příležitosti k heterosexuálnímu kontaktu.

U mužů se otázka sexuality v období časného stáří přesouvá hlavně do oblasti problematiky udržení erekce a dostatku fyzických sil k provedení soulože.

2.4.4 Deprese u seniorů²⁴

Deprese je u seniorů poměrně závažným a častým onemocněním a její výskyt souvisí s ekonomickým rozvojem státu. Počet seniorů s depresí v populaci narůstá, a to zvláště v rozvinutých zemích. V populaci nad šedesát pět let je dle zahraničních studií rozšířena u žen 1,4% a u mužů 0,4%.²⁵

U populace starší šedesáti let dochází k nárůstu typických somatických nemocí, které jsou rizikovým faktorem pro vznik duševních nemocí a depresí. Jedná se zvláště o dlouhodobá chronická onemocnění, z nichž největší vliv na psychiku mají cerebrovaskulární a kardiovaskulární onemocnění a poruchy metabolismu. Vysoký výskyt depresivních syndromů je u nemocných s Parkinsonovou chorobou.

U osob v období časného stáří bývají první průvodní jevy, doprovázející toto onemocnění, často pokládány za projev fyziologického procesu stárnutí, a to proto, že postižení si obvykle ztěžují na somatické poruchy zdraví, a tak jsou myšlenky na psychické onemocnění odloženy. Nekvalitní diagnóza a špatně cílená léčba jsou příčinou značného zhoršení kvality života postiženého člověka, která posléze zhoršuje a komplikuje léčbu závažných somatických onemocnění.

Příčinami vzniku depresí v období časného stáří jsou jednak biologické a psychosociální faktory a dále řada somatických nemocí, jejichž průběh je typický množstvím rozličných projevů zažívacích a vylučovacích obtíží, chronickými a nevysvětlitelnými bolestmi a postupným zhoršováním zdravotního stavu. Při rozvoji psychických a depresivních onemocnění dochází ke zřetelnému deficitu kognitivních funkcí, ke ztrátě zájmu o okolí, k zanedbávání vlastních hygienických a výživových potřeb. Naopak některé případy se projevují nepřiměřenou agitovaností a neklidem.

²⁴ Viz příloha číslo 6 – Beckova stupnice pro hodnocení deprese

²⁵ KUBÍNEK, R. Deprese seniorů. *Interní medicína pro praxi*. 2008, roč.10, č.1, s. 36-38. ISSN 1212-7299

Výskyt deprese v období třetího věku významně podmiňuje každé chronické onemocnění spojené s dlouhodobým ústavním ošetřováním. Velmi bolestné a zatěžující je narušení mobility a soběstačnosti jedince. Se snížením soběstačnosti souvisí vyšší výskyt depresí u seniorů, kteří trvale pobývají v domovech pro seniory nebo v jiných typech zařízení pro střednědobý a dlouhodobý pobyt s poskytováním sociálních služeb.

Ve vyšším věku nemá deprese své typické příznaky. Mnohdy si postižený neztěžuje ani na smutnou náladu. Proto je nutné pečlivou prevencí a pozorováním rizikové skupiny občanů předcházet jejímu vzniku.²⁶

2.5 SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

Na úrovni České republiky je zajišťovatelem specializovaných ústavů sociální péče a sociálního zabezpečení v první řadě Ministerstvo práce a sociálních věcí, které spolupracuje s řadou nestátních neziskových organizací a fyzickými osobami. Sociální služby, dávky sociálního zabezpečení a příspěvky na péči o osoby v období časného stáří jsou poskytovány na základě podmínek stanovených zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášce. Ten nabyl účinnosti 1.1. 2007. Dalším důležitým dokumentem je zákon č. 262/2006 Sb., zákon o zaměstnanosti.

Systém sociálních služeb podporuje stárnoucí lidi v běžném životě v heterogenní společnosti. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména chronicky nemocní senioři a lidé se zdravotním postižením. Těm pomáhají aktivizační programy pracovat nebo udržovat svoje sociální styky na úrovni svých fyzických a duševních sil, nakupovat, navštěvovat školy, účastnit se aktivit volného času, starat se o sebe a o domácnost a řadu dalších podpůrných aktivit. Cílem poskytovatelů sociálních služeb je zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života stárnoucího a často osamělého člověka.²⁷

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči jak o vlastní osobu v míře zajištění stravování, ubytování, pomoci při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie. Tyto služby jsou využívány jedinci, kteří jsou handicapováni v některé oblasti sebeobsluhy. Součástí sociálních služeb obce s rozšířenou pravomocí jsou například sociální

²⁶ Viz. příloha č. 7 - Depresivní syndrom u seniorů

²⁷ Viz. příloha č. 8 – Sociální služby, způsoby pomoci

poradny, sociálně zdravotní služby, služby osobní asistence, pečovatelské služby, domovy pro seniory.

Nedílnou součástí kvality poskytovaných služeb je vzdělávání zaměstnanců s cílem posílit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb.

Systémy sociálního zabezpečení v členských zemích Evropské unie (EU) se v každé zemi liší. Severské státy kladou důraz na vysokou odpovědnost státu vůči občanům, naproti tomu je Velká Británie zastáncem liberálního modelu založeného prvořadě na osobní odpovědnosti jednotlivce. Ambicemi Evropské unie není sjednocování těchto rozdílných systémů, ale spíše podporovat cíle, jimiž chtějí dosáhnout vyšší zaměstnanosti, rovnějšího postavení mužů a žen na trhu práce, podpory vzdělávání, rozvoje kvalifikace pracovníků, apod.

Sociální politika je součástí prvního pilíře EU. Pro zajištění cílů evropské sociální politiky byl účelově vytvořen Evropský sociální fond, z jehož zdrojů mohou členské státy čerpat finanční prostředky na zabezpečení programů v sociální oblasti.

Mapování a zřizování sociálních služeb na úrovni krajů a obcí je v novém tisíciletí zajišťováno nově vznikajícím komunitním plánováním. To se stalo prostředkem kvalitního zpracování potřebných chybějících nebo nesprávně rozložených služeb sociálního charakteru. Komunitní plánování je prostředkem dokonalého zpracování potřeb krajů a obcí. Členy těchto skupin jsou jak zástupci krajských a obecních úřadů, tak odborníci z řad poskytovatelů sociálních služeb a rovněž nezastupitelnou úlohu mají zástupci občanů dané oblasti.

České republice dominuje v poskytování sociálních služeb stát nebo místní samospráva. V zemích Evropské unie se stále víc prosazuje trend snižování role státu a naopak posilování neformálních a nevládních způsobů zajištění péče o stárnoucí obyvatele.

Důležitou roli hrají finanční příspěvky od nezávislých organizací. Neméně významnou roli hraje práce dobrovolníků, která je podporována přímo v rodinách. Lokální správa není sice zbavována odpovědnosti, ale zpravidla nebývá přímým poskytovatelem sociálních služeb. V zemích Evropské unie zajišťují sociální služby specializované neziskové i obchodní organizace a konečný uživatel se na jejich placení spolupodílí.

Oblast sociálního zabezpečení celé Evropské unie je řešena úsilím o koordinaci systémů sociálního zabezpečení jednotlivých států. Základním cílem sociálního zabezpečení EU je zajistit práva zejména v souvislosti s důchodem. Tato práva zahrnují nemocenskou dovolenou, invalidní příspěvky, starobní dávky a vdovské příspěvky.

Při posuzování toho, zda má občan v zemi, kde pracoval nárok na dávky v rámci sociálního zabezpečení, jsou brána v úvahu všechna období pojištění nebo zaměstnání v každé zemi EU. Platí, že jestliže v jedné zemi EU dosáhne občan nároku na starobní nebo invalidní důchod, má právo dostávat svůj důchod i v jiném členském státě EU, pokud se odstěhuje a trvale tam žije.²⁸

²⁸ Viz. příloha č. 9 – Sociální politika EU

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ ZNAKY STÁRNUTÍ

Teorie nepoužívání participuje na věkem se zhoršujících schopnostech, které je možné přičíst jejich zanedbávání. Opomíjení vlastních schopností vede k úbytku nebo až ke ztrátě naučených funkcí. Aktivním bojem s postupujícími ztrátami schopností si stárnoucí osoby mohou tyto své kapacity uchovat. **Starší lidé jsou pomalejší a v základních dovednostech méně přesní, ale tento handicap dokáží kompenzovat zkušenostmi, znalostmi, trpělivostí.**

Postupující věk přináší velké změny, které se projevují i ve schopnosti soustředit se. Pozornost se upevňuje a její hodnota, i přes některé vnější vlivy působící na kvalitu koncentrace, má tendenci se prohlubovat ve:

- ✓ **vytrvalosti** – schopnosti přímé koncentrace na daný úkol
- ✓ **výběrovosti** – schopnosti soustředit se na daný úkol i za přítomnosti rušivých podnětů
- ✓ **dělení** – schopnosti věnovat se několika zdroji informací a současně je zpracovávat

S přicházejícím věkem klesá vitalita i energie člověka a dochází k celkovému zpomalení psychomotorického tempa a senzomotorické funkční koordinace.

Typický člověk v období senescence srozuměný s pozvolna přicházejícím stářím, postupně zklidňuje chuť, zmenšuje a zjemňuje svá gesta, mluví pomaleji. Tento obrat má význam pro zdůraznění důslednosti a důkladnosti ve společenském a zaměstnaneckém životě. Pracovní tempo je kompenzováno anebo nahrazováno systematickou trpělivostí a vytrvalostí.

V období s přicházejícím stářím se u zdravých lidí nijak nesnižuje ani není významně poškozena intelektuální úroveň. Stoupá zájem o vzdělanost, všeobecnou informovanost i společenský rozhled. Je zdůrazňován smysl pro detail, stoupá schopnost rozlišování tónů a barev.

Má-li mladší důchodce ještě dostatek sil, možnost a zájem, potom si rád přivydělává. Upevňuje tak svou sociální pozici a rozšiřuje svou informovanost. Vysoká intelektuální

kultura se díky smyslu pro detail může silně projevovat v oblastech, ve kterých se stal člověk za léta praxe odborníkem.

Výhodnější a lépe vnímaná sociální situace je tehdy, kdy čerstvý penzista je dostatečně finančně zabezpečen a žije-li v partnerském vztahu. Jeho sociální role ekonomicky zabezpečeného jedince usnadňuje realizaci svých starých i nově vzniklých životních snů, umožňuje věnovat se vlastním koníčkům, cestovat.

Kvalitní partnerský vztah pomáhá podělit se o své zážitky a radosti, případně je druhé straně poskytovat. Mnoho prarodičů považuje za štěstí, má-li možnost podílet se na výchově svých vnoučat. S příchodem vnoučat může jedinec nalézt, v době přechodu z produktivního věku do penze, nový smysl života. I to je uskutečnitelné pouze s ohledem na vysoce kvalitní úroveň sociálních vztahů v rodině.

Senioři mají zkušenosti, znají a dodržují tradice, které předávají mladším generacím. Jejich fyzický vzhled, pohyby a způsob řeči dodávají potřebnou váhu a autoritu jimi poskytovaným informacím.

Negativní vlastnosti stárnutí mají pro seniora nacházejícího se v období časného stáří nepochybný psychologický význam.

Jedna z podstatných změn, které člověk podstupuje především vlivem adaptace ke kalendářnímu věku, je neuvážené a zbytečné ustoupení od svých volnočasových a sportovních aktivit. Strach z neobratnosti, směšnosti nebo fyzické nedostatečnosti dovádí seniory k tomu, že dávají přednost především pěší turistice nebo pasivní formě trávení volného času. Je to zbytečný krok, vedoucí k velké ztrátě svalové síly. Napomáhá snižování pohyblivosti kloubů, omezeným přísunem informací. Ustoupením od aktivity se zmenšuje nejen masáž cév dolních končetin, ale masáž všech vnitřních orgánů. Snižuje se vitální kapacita plic.

3.1.1 Věková identita

Časné stáří je v životě každého jedince důležitou a významnou etapou, o které je možné říct, že její kvalita a spokojenost závisí na osobním postoji k životu a vztahu ke světovému názoru. Úspěch stárnoucí osoby se utváří nejen v sociálních a ekonomických

podmínkách. Mezi lidmi v období časného stáří je vidět značné individuální rozdíly v oblasti psychických i fyzických sil.

V životní etapě pojmenované jako časný stáří je nutné objektivně pohledět na psychické a tělesné změny, jejichž úroveň je nutné posuzovat jako změnu schopností spíše než jejich úbytek. Více než fyzický věk jsou pro konkrétního jedince významnější individuální kompetence a autonomie.

Sociální postavení a příležitosti k poznávání v průběhu celého života jsou příčinou vyšší úspěšnosti stárnoucí osoby nejen v sociálních a ekonomických podmínkách, ale i ve vnitřních motivačních faktorech. Jejich nedostatek je důvodem menší sociální mobility.

Věková identita člověka je čistě subjektivním měřítkem. Vztahuje se k pochopení sociálního a psychologického významu bytí více, než chronologický věk. Pro věkovou identitu je důležitá také vitalita, míra pohyblivosti a porovnání aktivity vnímané v dřívějších vývojových etapách a v současnosti, jejich pocitu platnosti, pravomocí a osobní autonomie. Při srovnávání s evolučním vývinem předešlých generací jsou vidět výrazné a zřetelné posuny v celém životním běhu do vyšších věkových kategorií.

Především se prodlužuje život, a to nejen díky nižší kojenecké a novorozenecké úmrtnosti. Naděje k dožití se zvyšuje pro všechna věková pásma.

Proces stárnutí je mnohem složitější a není vhodné posuzovat člověka pouze na základě jeho biologického stavu, psychických poměrů, sociálních souvislostí a vztahu vnitřní motivace ke zvyšujícímu se věku.

Současná lékařská věda a zdravotní péče nemá doposud tento problém dostatečně zmapovaný a mnozí specialisté čelí v tomto oboru prázdnotě, chybějícím znalostem a normám, které by předložily dostatek vhodných definic pro období časného stáří. Tedy období, kdy se většina dotčených dostane do situace, kdy se musí umět vypořádat s přicházejícími změnami týkajícími se oblasti společenské i výkonnostní.

Výkonnost dnešních stárnoucích rodičů je mnohem vyšší, než tomu bylo o generace dříve. Aktivně projevují zájem o zdravý a činorodý životní styl, na kterém se podílí stupeň vývoje počítačové gramotnosti, stupeň informovanosti a v nemalé míře dostupnost informací a finanční situace.

Upevňování a obnova znalostí a zkušeností jsou činnosti, které dokáží oddálit duševní involuci a naopak. Neobnovované činnosti, schopnosti a výkony, které jsou odsunuty

do pozadí a nejsou nahrazovány jinými, se postupně stávají nepružnými a zanikají. Svoje myšlenky nesoustředí na pozorování vlastních pocitů.

Stárnoucí generace považuje ze svého pohledu počátek stáří za relativní a sama ho také rozmanitě prožívá. Lidé si připadají staří jen v určitých situacích definovaných především úrovní zdravotního stavu, socioekonomickou situací a mírou spokojenosti.

Vědecké teorie o souvislostech mezi nemocí a vnímáním vlastní fyzické schránky nemají pro běžnou populaci příliš průkaznou hodnotu. Ve chvílích, kdy je jedinec spokojen, nemá důvod uvědomovat si negativa. Navíc tyto ani nemá, nepocituje je a nemá potřebu na problémy myslet. Kalendářní věk nebo penzionování nejsou v tomto ohledu považovány za významné.

V obdobích, kdy se jedinec cítí zdravý a nepocituje žádné tělesné, sociální nebo psychické obtíže, nesleduje úroveň svého zdravotního stavu ani starší a stárnoucí člověk. Současně, díky lepší výživě, medicínským pokrokům, umění plastické chirurgie a kvalitnějšímu způsobu života se zlepšuje fyzická kondice jedinců středního a staršího věku. S tím souvisí velmi nápadný zájem o tělesný vzhled a fyzické oddalování stárnutí.

Intenzita emočního prožívání se s postupujícím věkem snižuje a je chudší, plošší, u kategorie stárnoucích lidí se začínají projevovat negativní emoce, mrzutost, nespokojenost, deprese, vzpomínání.

Tvorba pozitivních předpokladů vede k nadějným lidským vztahům a je způsobem, jak předcházet těžkostem v životě.

Lidé, kteří pocítují v běžném životě vyšší míru vděčnosti prokazují vyšší míru kladných emocí vůči svému okolí. Jsou obrazem životní spokojenosti, vitality, optimizmu. Jejich vztah k vlastnímu společenskému životu je odpovědnější. Vděční lidé mají dobré vztahy k druhým lidem, cítí se druhými lidmi více milováni a mají výraznější dojem, že je o ně projevován zájem. Pozitivní city vedou u každého člověka k příznivější emocionální pohodě, pocitu vyrovnanosti, životní spokojenosti.

Vděčný a spokojený člověk se od nevděčného a nespokojeného liší zřetelně svou prosociální orientací. Prožívá pocity štěstí ve vztahu k druhým lidem a s okolím jedná vstřícně a empaticky. Vztah k materiálním hodnotám nebývá intenzivní.

Každý z nás uchovává určitou míru radosti a starostí. Nedá se však zobecňovat, že negativní emoce jsou nedostatkem kladných vlastností.

Zatímco negativní emoce přivádějí jedince do stavů deprese, úzkosti a závisti, pozitivní emoce směřují k vyšší kvalitě života a tvořivějšímu řešení životních úkolů.

Prožívání záporných emocí je jen krátkodobé. Člověk svou pozornost zaostřuje na momentální stresor a vše ostatní opomíjí.

U kladných emočních prožitků je jejich působení v opačném směru. Mají schopnost rozšířit zorný obzor i množství zájmů a aktivit. Působí jako dlouhodobý zdroj sociálně kvalitnějšího řešení životních problémů.²⁹

3.1.2 Penzionování

S rostoucím věkem přibývá negativních životních událostí a životních ztrát. S odchodem do důchodu dochází ke ztrátě kariéry i osobní prestiže a podmínění ztráty významnosti, zvláště, je-li provázena snížením ekonomického statutu.

Úmrtí přátel nebo partnera vede k osamělosti, izolaci a ztrátě adekvátního podnětného prostředí, v němž se seniorovi nedostává potřebné sociální podpory a prostoru k udržování sociálních dovedností.

Společenskou normou je odchod do penze všeobecně chápán jako omezování přístupu k ekonomickým prostředkům. Není tomu tak, vyhodnotíme-li výsledky v dotazníkové odpovědi.

V souvislosti s ukončením produktivní fáze života jsou senioři v období časného stáří označováni, pohledem konzumní společnosti a společně s ostatními kategoriemi ekonomicky nesamostatných osob, za závislé. Konzumní společnost reprezentuje síla spotřebitelských výdajů a výše sociálního zabezpečení ekonomicky znevýhodněných osob. V tomto pohledu, pohledu konzumní společnosti, se stala závislost a omezování osobní kompetence seniorů v očích mladších generací výsledkem sociální konstrukce a vytvoření norem společnosti, ve které stárnoucí osoby žijí. Produktem sociální konstrukce je negativní labelling.

Empirické výzkumy předkládají poznatky o tom, že penzionování přichází v současné době brzy a velký díl lidí, kterých se aktuálně týká, jej odmítá. Právě ta konkrétní dotčená skupina neguje poměrně nízký věk odchodu do důchodu, cítí se ještě užitečná a prospěšná.

²⁹ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti: Kudy vede cesta k přátelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 120 s. ISBN 978-80-247-1838-5

Všeobecný názor generace středního věku, dosud se připravující na etapu k přechodu do důchodu, je naopak souhlasný. **Liší se pohled lidí z městských aglomerací a venkovských sídlišť a je zřetelný rozdíl mezi zaměstnanci pracujícími duševně, kteří si přechod do důchodu užívají více než zaměstnanci dosud pracující fyzicky. Tato skutečnost souvisí úzce s mírou vzdělanosti a kvalifikace a je možné ji vyložit pevnějším zdravím a lepším ekonomickým zabezpečením lidí, doposud pracujících duševně.**

Výrazný rozdíl mezi názory na věk odchodu do důchodu je u osob, které po celý život pracovali duševně a osob, které pracovali fyzicky.

Fyzicky pracující lidé, s nižším vzděláním, dělníci v zemědělství, v průmyslové výrobě, stavebnictví v rozmanitých klimatických podmínkách, jsou už na konci pátého decenia natolik vyčerpaní, že dosažení důchodového věku očekávají s nadějí odpočinku.

Naopak lidé, kteří celoživotně pracovali duševně se po dovršení důchodového věku cítí nevyužití a obvykle za nezměněné a na stejné výkonnostní úrovni považují své fyzické i duševní schopnosti.

Dovršením příslušného věku a odchodem do penze se mladí důchodci cítí ze společnosti vyřazení. Nucený odchod do důchodu, zvláště předčasný na popud zaměstnavatele, je prakticky vždy provázen snížením úrovně spokojenosti a kvality života. Dalším důležitým postřehem v oblasti náhledu na odchod do důchodu je souvislost s tím faktem, zda je jedinec zaměstnán, zda tuto pracovní činnost vyvíjí rád a zda je pro něj uspokojivá a tvůrčí.³⁰

Zvyšujícím se počtem skupiny obyvatel náležející do penzijního věku pociťuje společnost nově vznikající globální problémy, které dosud nemusela řešit. Ekonomický statut člověka je podstatným ukazatelem úrovně kvality života a spokojeného stárnutí.

Proto patří mezi nejnaléhavější úkoly všech hospodářsky vyspělých zemí zabezpečení základními materiálními jistotami osoby v důchodu a uvést je na úroveň relativního ekonomického a materiálního dostatku.

Důležitým poznatkem, souvisejícím s pohledem na stáří je poskytnutí ekonomické prosperity těm lidem, kteří si mohou svou finanční situaci ještě zlepšovat. Upevnění a zlepšení kvality jejich života vede k náklonnosti a uznání seniorů v celé společnosti. V řadě

³⁰ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1.vyd. Praha : Slon, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5

ekonomicky vyspělých zemí tvoří v současnosti ekonomicky neproduktivní skupinu a obyvatelstvo podléhající dávkám sociálního zabezpečení až polovinu celé populace a v naší zemi se situace o mnoho neliší.

Obtížná ekonomická a materiální úroveň se významně dotýká převážné většiny důchodců v české republice. Dnešní důchodce pobírající penzi obvykle nemá výrazné obavy z hmotného nedostatku. Všeobecně nejsou finanční prostředky ani důvodem k obavám o existenci, ačkoliv reálné omezení ve výdajích v domácnostech penzistů se předpokládá a očekává.

Soudobý člověk vstupující do důchodového věku má obavy z toho, že mu příjmy nebudou stačit na pokrytí jeho společensky vytvořených životních standardů.³¹

3.2 SOCIÁLNĚ KULTURNÍ VLIVY

Více než v samotném prodlužování života je generační posun vidět v aktivitě a mentalitě lidí ve věku senescence.

Dnešní svět dává mladším důchodcům, a nejen jim, možnosti ke zvyšování vzdělání, kvalifikaci, pomáhá podporovat zájem o životní změny a možnosti.

Společenská transformace se v pojetí pohledu na stáří dotkla životního stylu již v průběhu 19. století. Ve 20. století dochází k rozvoji zájmu o ženu, o její roli matky, o pracujícího, i o dítě. Tento zájem vyvrcholil v šedesátých letech 20. století vznikem kultu dítěte, respektive kultu mládeže. Pozice dítěte vedla až k zanedbávání péče o stárnoucí generaci a vzniku počátků ageismu.

Od konce 20. století se situace pomalu mění a zlepšuje. Pozvolna se zvyšuje zájem o starší generace alespoň pomocí rozvoje sociálních zařízení pro starší osoby a pokrokem a podporou vzniku antidiskriminační orientace.

Jednou ze zásadních změn, které stáří v naší moderní společnosti doprovází, je výrazná přeměna jeho sociálního statusu.

³¹ ŠIKLOVÁ, J. Sociální gerontologie je disciplína s budoucností. *Psychologie dnes*. 2007, roč. 13, č. 1, s. 41-42. ISSN 1212-9607

V celkovém hodnocení pohledu na časné stáří se odráží aspirační úroveň časných starců. Sebeúcta ukazuje také na vlastní spokojenost, jak je jedinec hodnocen svým okolím a vrstevníky.

Příčina všeobecného požadavku na výkon může být skrytým fenoménem podvědomého omlazování společnosti. Výkonnost je vyžadována ve většině odvětví, zvláště v technických oborech a je oceňována více než odborné zkušenosti. Materiálně technické zajištění lidí je dnes na vysoké úrovni, díky vědě i ekonomice se rekordně snížila dětská úmrtnost, sílí šance na zdravě a úspěšně prožitý dlouhý život.

Společností je za perspektivní považováno mládí a výkon. Mládí je zásobárnou výrobních sil a je příslibem ekonomické efektivity výrobního procesu. Ti stárnoucí, kteří vývoji a tempu nestačí nebo mají nějakým způsobem omezenou výkonnost se tím okamžikem stávají marginální menšinou, jejichž společenská prestiž klesá. Předávání životních zkušeností a změny společenských rolí jsou zpravidla vyžadovány v důsledku společenského tlaku. Uplatnění zkušených pracovníků v pokročilém věku na trhu práce je složité. Jsou hodnoceni negativně a považováni za nevýkonné a méněcenné, pro společnost neužitečné osoby.

V historickém pohledu je stáří důležitým aspektem známkou vyššího společenského postavení. Senioři byli považováni za moudré, zkušené, rozumné, zastávali vysoké společenské a státní pozice.

Společnost i jedinec zná a ví, jak by se měli ke starší generaci chovat a jak by se měla chovat společnost, aby stáří v nadcházejícím století bylo opět považováno za hodnotu. Průmyslová a vědeckotechnická revoluce v uplynulém století přinesly změny v pracovních příležitostech a vyšší možnosti jejich uplatnění. Je vysoce preferovaná rychlost, spolehlivost a efektivita práce.

Ten kdo vyhovuje normám a uspěje, má možnost stát se společensky oceňovaným a uznávaným jedincem. Přirozenost lidské povahy se charakterizuje nutkáním chtít stále víc a nespokojovat se s dosaženým výsledkem.

Zdravý člověk touží po kariéře, společenském postavení, ocenění. Žádá uznání nejen od vlastních potomků, ale od celé společnosti a čím je starší, tím větší má touhu ukazovat, co ještě dokáže zvládnout. Předpokladem spokojeného stárnutí je smíření se s vlastními omezeními, se snižováním zodpovědnosti a pragmatickým řešením svých osobních situací.

Společenské klima je nutné změnit s ohledem na generaci těch jedinců, kteří se dožívají obecně vyššího věku v souvislosti s analýzami v kapitolách v teoretické části této práce. Složitost a náročnost společenské situace se odráží ve vztahu ke stárnoucí generaci v několika podstatných, nově pojmenovaných, negativních fenoménech.

3.2.1 Ageismus

Filozofická otázka z ageistického pohledu na stáří může znít třeba takto: „Proč existuje stáří, když jeho přítomnost je neužitečná?“ Ten kdo se takto zeptá, má připraveno mnoho variant odpovědí. V přírodě, v živočišné říši, je starý a nemocný jedinec společností odmítnut. Ponechán vlastnímu osudu, tak jak se to dělo až do středověku běžně i mezi lidmi. Socializace člověka však za staletí postoupila a lidská společnost už dokáže stáří ocenit.

První česká sociologická definice ageismu zní:

Jak říká Vidovičová 2006: *Pojem ageismus poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v článku Washington Post v souvislosti se segregací bytovou politikou. V roce 1975 Butler ve své knize „Why Survive? Being Old in America“ pojem rozpracovává a v roce 1979 byl „ageism“ poprvé zahrnut do slovníku „The American Heritage Dictionary of the English Language“.*

Původní a dodnes pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu hovoří o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří (Butler 1975). Pojem bývá někdy nahrazen výrazem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“. V průběhu času se objevila celá řada nových definic, zejména takových, které se snaží celý pojem zpřesnit, respektive rozšířit o celé spektrum „věku“ – tedy i na osoby mladší. „Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“ (Vidovičová, L. 2005 Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. Praha, Brno: VÚPSV, str. 5).³²

³² <<http://www.ageismus.cz/index.php?m=1&lang=cz>> 10.12.2007

S postupujícím věkem člověka je ageismus, nebo-li věková diskriminace, vnímána konkrétním jedincem mnohem intenzivněji, než ji chápe střední generace. Ve společenském a veřejném životě jsou s ageismem nejen senioři, ale už i střední generace, téměř denně konfrontováni.

Diskriminační pohled na zvyšující se věk posiluje zaměřenost politiků a ekonomických expertů hlavně na hospodářské souvislosti postavení seniorů ve stárnoucích společnostech.

V sociální komunikaci jsou posuzovány společenské vztahy i sociální souvislosti. Bohužel více, než pozitivní osobnostní vlastnosti – moudrost, užitečnost, šlechetnost, velkorysost, zdraví a aktivita a charakteristické fyzické vlastnosti, jsou silněji vnímány stereotypy, zahrnující negativní osobnostní charakteristiky – nepružnost, zapomnětlivost, závislost, šediny, vrásky, zhoršení sluchu a zraku.

Důsledkem ageismu ve společnosti jsou sklony k oddalování viditelných i rozumový změn provázejících stáří. Pokusy o sociální omládnutí. U žen plození potomka po čtyřicátém roku věku, nová, mladší partnerka u mužů, plastické operace, nepřiměřené hubnutí a cvičení.

3.2.2 Labelling

Teorie labellingu, tzv. etiketizační teorie patří dnes k nejrozšířenějším teoriím anomálií. Za její zakladatele jsou považováni Becker, Erickson, Kitsuse aj. V této koncepci se především odlišuje porušení normy, které je objektivním faktem, od deviace, která je aktem interpretačním, aktem přisouzení, připsání, hodnocení určité formy chování jako deviantní.

Etiketizační teorie umožňuje analyzovat více fenoménů než tradiční koncepce již proto, že bere v úvahu i ta chování, která jsou označena jako deviantní, ačkoliv nedošlo k porušení normy, a pak i ta, kde k porušení sice došlo, ale nedošlo k označení.

Etiketizační teorie v některých svých proudech akcentuje význam mocenských struktur (v jiných naopak roli neformálních skupin): „konečné rozhodnutí, zda akt je nebo není deviantní, závisí na tom, jak jiní, kteří jsou sociálně významní mocí a vlivem, tento akt hodnotí“, píše R. R. Bell. Odtud je ovšem již jen krůček k tzv. radikální teorii, která za deviaci činí odpovědné ty, kdo právní (normativní) řád ustavují. Tedy mocné, kteří vždy defavorizují nižší vrstvy a omlouvají vyšší.³³

³³ VODÁKOVÁ, A. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 2. upravené vyd. Praha : Slon, 1997. 116 s.

Jednou z možností jak ochránit slabší skupiny obyvatel je přijetí antidiskriminačního zákona, jehož vznik, v zákonné podobě, provází dlouholetá příprava a řada jednání. První návrh předložil Poslanecké sněmovně ČR ministr spravedlnosti už dne 12. 7. 2007.

Posledním, třetím, čtením, které proběhlo dne 19. 3. 2008 na 28. schůzi Poslanecké sněmovny ČR, byl návrh zákona přijat a postoupen dne 31. 3. 2008 k projednávání do Senátu ČR. Antidiskriminační zákon se vztahuje nejen k aplikaci na osoby v pokročilém věku. V jeho obsahu se objeví nejen problematika věku s možností postupného přechodu lidí do důchodu, zvláště se týkající fyzicky pracujících osob.³⁴

3.2.3 Autonomie ve stáří

Autonomie, nebo-li kontrola a kompetence jedince, jsou vjemy provázející vztah k sociálnímu prostředí, kde je stáří obvykle chápáno jako fyzické a duševní chátrání, doprovázené pasivitou, neschopností samostatného a odpovědného rozhodování. **Autonomie jedince slučuje pocity i reálné uplatnění kontroly nad vlastním životem a úzce souvisí se subjektivním přesvědčením o kompetenci a kompetentním chování.**

Změny provázející stárnutí se v období časného stáří hromadí a mění v závislosti na finanční a sociální interakci, která vyrovnává pokles fyzických sil, usnadňuje sociální účast a celkově přispívá k úspěšnosti prožívaného stáří.

Gerontosociologických studií, věnujících se autonomii ve stáří a autonomními seniory, je v poměru se současným trendem zdůrazňování úspěšného a produktivního stárnutí jen poskrovnu.³⁵

Senior sám definuje autonomii jako schopnost zvládání každodenních činností, tedy jako fyzickou soběstačnost. V tomto ohledu se považují za základní činnosti každodenního charakteru obstarání jídla, osobní hygieny a chodu vlastní domácnosti.³⁶ Dalším způsobem chápání autonomie je pro seniora finanční soběstačnost, volnost a svoboda. Ženy soběstačnost chápou jako odpovědnost za sebe a svého partnera. U mužů je to potřeba

ISBN 80-85850-03-6 str. 21-22

³⁴ <<http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=253>> 6.4.2008

³⁵ SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1.vyd. Praha : Slon, 2007. 284 s.

ISBN 978-80-86429-62-5

³⁶ Viz. příloha č. 10 - Bartelův test základních aktivit

svobody vymezením tradičních mužských a ženských rolí. Proto se poslední způsob, finanční soběstačnost, volnost a svoboda u mužů a žen v chápání vlastní autonomie liší.

3.3 SPOLEČENSKO KULTURNÍ ASPEKTY

Společenskou a politickou povinností každého vyspělého národa je objektivní posouzení vlastní sociální situace a příprava celé společnosti na využití potenciálu a zkušeností generace stárnoucích obyvatel.

Jednou z možností jak stárnoucím lidem poskytnout a vytvořit společenskou i osobní potřebu prostoru, kde lze činným způsobem objevovat a udržovat schopnost přijímání informací, je aktivní udržení těchto skupin lidí v měnícím se světě. Zvýšení kvality jejich osobností i životů je výzvou pro oblast vzdělávání.

Vytvoření seniorské etapy celoživotního vzdělávání znamená umožnit starším lidem rovnoprávné postavení mezi ostatními věkovými kategoriemi.

Realitou současné doby jsou stále mohutnější skupiny lidí, dožívajících se, díky obecným vědomostem o zdraví a schopnostem současné lékařské vědy, vyššího věku. Tento fenomén je známkou úspěšnosti lidské populace.

Ale tento jev má i opačnou polohu. Je vnímán jako společenský problém, v jehož pozadí, stojí ekonomická otázka, kdo zaplatí zdravotní a sociální zabezpečení.

Naši současnou společnost charakterizují celkové diskriminační trendy a vylučování starší generace z účasti na všeobecné reciprocitě. Dochází tak k ohrožení prvotní empatie, solidarity, soudržnosti jedinců a skupin, cest ke sbližování generací a vzájemnému obohacení.

Prevenčí vůči diskriminaci skupiny jedinců v období časného stáří, je tvorba důstojného místa v hierarchii hodnot pro generace, dožívající se důchodového věku a poskytování jim možnosti sebeutváření, vzdělávání a sebevýchovy. Hledání optimální životní cesty v situacích rozhodování a volby.

3.3.1 Rodina

Tradiční pravidlo, že prarodiče do jisté míry přebírají výchovnou roli vůči svým vnukům a naopak ztrátou určitých kompetencí zvyšujícího se věku přeberou roli pečujícího, v případě onemocnění nebo invalidity, vůči svým rodičům jejich děti, se postupně vytrácí.

Při preferenci samostatného hospodaření je tento problém pro populaci stárnoucích jedinců hodně aktuální.

Staří lidé preferují samostatný život, avšak na druhé straně chtějí bydlet nedaleko od svých dětí.

Podmínky rodiny v péči o stárnoucí rodiče může komplikovat situace, kdy děti jsou ještě v produktivním věku a zaměstnány. Rodinná péče je ve velké míře závislá na sociální situaci pečující rodiny, která ne vždy umožňuje trvalou péči o stárnoucí rodiče. U lidí, kteří ztrácí své rodinné zázemí, se v období třetího věku zvyšuje prevalence duševních chorob, které jsou ne vždy správně diagnostikovány. Jde o vzestup pocitů zklamání a míry deprese.³⁷

Ještě v první polovině dvacátého století plnila rodina přímé ekonomické i sociální funkce. To znamená společné žití, společná práce, mezigenerační podpora a solidarita. Děti a starci, bývali závislí na produktivitě střední generace, ale současně byli v rodině vysoce tolerováni. Povinností dětí i starců žijících v jedné rodině však byla fyzická i duševní pomoc odpovídající jejich silám a schopnostem.

Tak, prostřednictvím přirozené cesty, se předávaly z generace na generaci životní a pracovní zkušenosti.

Model mezigenerační výpomoci působil nejen výchovně, ale ovlivňoval emocionální ladění celé rodiny a podněcoval k tolerantním rodinným vztahům. Tento životní cyklus fungoval také proto, že bydliště i pracoviště všech pokolení bývala shodná. V takových podmínkách stárli lidé nepozorovaně, neboť se nevytrácela jejich rodinná role.

V rodinném životě se jejich členové přirozeně přizpůsobovali podle svých psychických i fyzických sil, postupně přecházeli z plné aktivity do méně náročné činnosti a proces stárnutí měl svůj řád a rituál.

³⁷ Viz. příloha č. 7 – Depresivní syndrom u seniorů

Starý člověk byl garantem moudrosti a zkušeností a přirozené životní fáze byly brány zcela samozřejmě.

3.3.2 Kult mládí

Sociální rozpor pohledu na stárí vzniká v okamžiku, kdy na jedné straně pokládáme za etickou normu stárí ctít a respektovat, ale na druhé straně pohled na starého člověka bojkotujeme.

Myšlenka na vlastní stárí se mladé generaci jeví jako nepříjemná, obvykle je vytěšňovaná, ani střední generace si nepřipouští přibližující se stárí. Pomocí moderních kosmetických přípravků, biochemie, plastické chirurgie a dalšími podporami, se zvláště ženy soustředí na snahu oddálit znaky fyzického věku.

Přibýváním počtu seniorů jejich vliv ve společnosti neroste, ale naopak, narůstá kult mládí a dokonce nesnášenlivost a odmítání starších lidí. Pokud jsou staří lidé v médiích zobrazováni, bývají upravováni tak, aby vypadali mladší a sympatie jsou proječovány těm seniorům, kteří žijí mladistvým stylem života.

Být krásným člověkem má mnoho podob, přívlastků a parametrů. Existují i obecná kritéria pro hodnocení krásy, ale pokud se ta nesnoubí s krásou vnitřní, ztrácí rozměr i platnost.

V dnešní době je kult krásy a mládí velmi vyostřen. Štíhlost se stala hrozbou, nepřírozeně působí některé zákroky z oboru plastické chirurgie při odstraňování vrásek nebo celulitidy, které běžně patří k přicházejícímu období stárí a stárnutí jako takovému.

Lidé již kolem padesáti let věku mají problém získat zaměstnání nebo si práci udržet. Přibývá sociálně vyčleněných a diskriminovaných seniorů, jsou porušována jejich lidská práva a důstojnost.³⁸

3.3.3 Vzdělávání

Vzdělávání seniorů je smysluplně využitá šance, dávající předpoklad ke spokojenému dožití. Hlavním důvodem poptávky po vzdělání je stále se zvyšující věk dožití obyvatelstva a významná propagace aktivního přístupu k životu.

³⁸ Viz ageismus, str. 42

Vzdělávání a zvyšování kvalifikace poskytuje harmonii člověka s okolním světem. Nabízí další léta k prožití spokojeného života, obohacuje novými poznatky a zkušenostmi, umožňuje kontakty a setkávání se zajímavými lidmi. Vzhledem k tomu, že inovace a modernizace některých technických oborů je v některých odvětvích kratší než 5 let. Vzdělávání dnešní generace časných důchodců na úrovni poznatků počátku 21. století, je podporou státu před snížením ztráty kvalifikačních předpokladů generace dnešních šedesátiletých a prevencí diskriminace obrovské skupiny obyvatel naší země právě v době, kdy je politická situace nakloněna prodlužování aktivního pracovního života a zvýšení důchodového věku.

Seniorská stadia celoživotního vzdělávání v České republice má dva stupně:

- 1) všeobecné seniorské vzdělávání
- 2) inovace odborných znalostí a dovedností

Všeobecné seniorské vzdělávání je zaměřené na výuku informatiky, cizích jazyků, cvičení paměti. U tohoto typu vzdělávání jde hlavně o rozšíření znalostí a sociální kontakt s podobně motivovanými vrstevníky. Naopak obnova odborných znalostí a dovedností je zaměřena na udržení kvalifikace, jejímž cílem je především zachovat si co nejdéle soběstačnost a sociální kontakt. Probíhá několik typů vzdělávání, a to podle jeho náročnosti.

Akademie třetího věku nabízí možnost celoživotního vzdělávání nebo absolutoria v několikasestrálních akreditovaných oborech pro lidi v období od časného důchodového věku a dosaženého středoškolského vzdělání s maturitou bez omezení.

Univerzita třetího věku - U3V

Studují ji středoškoláci nebo vysokoškoláci v pokročilém věku. V současnosti mají U3V téměř všechny pražské i regionální vysoké školy. Význam U3V je nejen ve spektru nabízených kurzů, ale také v jejich kvalitě.

Univerzita volného času - UVČ

Studují ji mimo starobních důchodců také například matky na mateřské dovolené, invalidní důchodci, nezaměstnaní. Není striktně určena seniorům. Jsou mezigenerační a mají silnou sociální orientaci.

Skupinám starších lidí, kteří jsou schopni akceptovat vysokou školu s jejími typickými atributy, nabízí učení a vzdělávání, šance k seberealizaci. Učí je a umožňuje jim komunikovat o tématu, pohlížet na novou problematiku a využívat vlastních životních zkušeností. Naznačuje jim cesty k duševní pohodě a ke zdraví.

První vzdělávací akce pro seniory vznikly v 70. letech ve Francii. Historie českých univerzit třetího věku začíná asi patnáct let později. České veřejné vysoké školy včas pochopily důležitost role vysokých škol a jsou v současné době, ve srovnání s rozvinutými státy EU, na špičce. Částečný podíl na jejich vývoji má Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvo práce a sociálních věcí, která poskytují finanční prostředky na rozvojové programy tvorby a rozvoje infrastruktury univerzit třetího věku.

Počet seniorů, kterým je umožněno usednout do univerzitních lavic, aby se zapojili do programu celoživotního vzdělávání, představuje dnes již nepřehlédnutelnou vitální a aktivní skupinu jedinců s obrovskou sociální potencií.

Nabídky vzdělávacích programů pro starší studenty se stávají významnou částí celoživotního vzdělávání. **Některé univerzity podporují heterogenní skupiny studentů, při nichž dochází k vzájemným konfrontacím nastupující generace se zkušenostmi starších spolužáků.** Jejich smysl nacházíme v perspektivách demografického vývoje obyvatel, jeho předpokládaného růstu osob doživších se období senescence.

Přednášky na Akademických třetího věku se zaměřují na zdravotně sociální problematiku, přírodní vědy, historii, počítačovou a informační technologii a další moderní obory.

Formy a prostředky edukace jsou podřizovány poznávacím, duchovním a sociálním cílům a záměrům studijního programu univerzit třetího věku. Rovněž zohledňují zdravotní stav seniorů, jejich mentální úroveň i životní podmínky.

Významnou roli sehrává také možnost sociálního kontaktu s podobně smýšlejícími a věkově blízkými lidmi. Navazování nových přátelství, překonávání pocitu osamělosti, izolovanosti či nepotřebnosti, vědomé zpomalování procesu stárnutí, udržování psychické svěžesti, vhodné a kvalitní naplnění volného času.

3.4 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU

3.4.1 Cíle a předpoklady průzkumu

Cílem výzkumu bylo porovnání vztahu kalendářního a fyzického věku s kvalitou života. Zjistit zda jedinec, přicházející do důchodového věku, má zájem o aktivní využití volného času podle vlastních představ, o oblast společensko-kulturního vyžití nebo o sebevzdělávání.

Rovněž zhodnocení spokojenosti v oblasti zdravotního a psychického stavu, jehož stupeň je nedílnou součástí míry pocíťované kvality života stárnoucího člověka.

Předpokladem průzkumu bylo, že úroveň ekonomické soběstačnosti, autonomie a vzdělání člověka je důležitou složkou posouzení kvality jeho života, jejíž výše zabezpečuje plnohodnotné stáří, stárnutí a dožití.

Činorodost, aktivita a všestranné zájmy jsou doprovodným atributem dnešních časných starců a úzce souvisí se sociálním postavením člověka ve společnosti.

3.4.2 Metody sběru dat

Z použitelných výzkumných metod rozhovoru, dotazníku, testu nebo pozorování byla upřednostněna varianta oslovení výzkumného vzorku pomocí sestavení dotazníku jen pro účely této bakalářské práce. Písemně zaznamenaná data lze analyzovat statistickými metodami, jsou trvanlivějšího charakteru a lze je použít i při příštích výzkumných činnostech. Rovněž rychlost sběru dat pomocí dotazníku, jejich validita a reliabilita byla zvýhodněna při volbě způsobu oslovení respondentů.

Dotazník předložený dotazovaným ke spolupráci při bakalářské práci byl koncipován tak, aby se v co nejširším úhlu pokusil zmapovat současné jedince v období časného stáří a vliv jejich vzdělání, sociálního postavení, zdravotního a duševního stavu a dosavadního průběhu života na kvalitu jejich současného žití.³⁹

³⁹ Viz příloha č.11 - Dotazník

3.4.3 Popis a charakteristika výzkumného vzorku

Do skupiny respondentů byli zařazeni lidé ve věku od 60 do 74 let, muži i ženy společně. Pro koncepci obsahu bakalářské práce nemá vliv pohlaví respondentů a celkově se práce nezabývá rozlišením kvality života žen či mužů. Distribuce dotazníků byla cíleně vedena mezi běžnou populaci v daném věkovém rozsahu, mimo místa, kde je vyšší předpoklad shromažďování občanů sociálně, ekonomicky, psychicky či jinak handicapovaných. Pomocí kvantitativní metody výzkumu, pomocí vytvořeného dotazníku, bylo možno rozšířit dosažitelné oblasti na celou Českou republiku, čímž byli odselektováni jednak velkoměstští respondenti, jejichž životní styl má svá sociálně-ekonomická specifika, tak skupiny dotazovaných v lokalitách mimo města. Výzkumný vzorek byl vybírán náhodně a za vydatné spolupráce známých v jednotlivých územích České republiky.

Dotazník v písemné formě byl v počtu 130 ks postoupen v období posledních tří měsíců roku 2007 v Praze, ve Středočeském, Libereckém, Moravskoslezském a Jihočeském kraji a v kraji Vysočina, a to přibližně po dvaceti kusech.

3.4.4 Popis zjištěných dat

Při zpracovávání odpovědí bylo, pro náležitý přehled, použito grafického znázornění odpovědí pomocí výsečových grafů. Každý obrázek je označen tématem otázky a nabídkami možností pro odpověď.

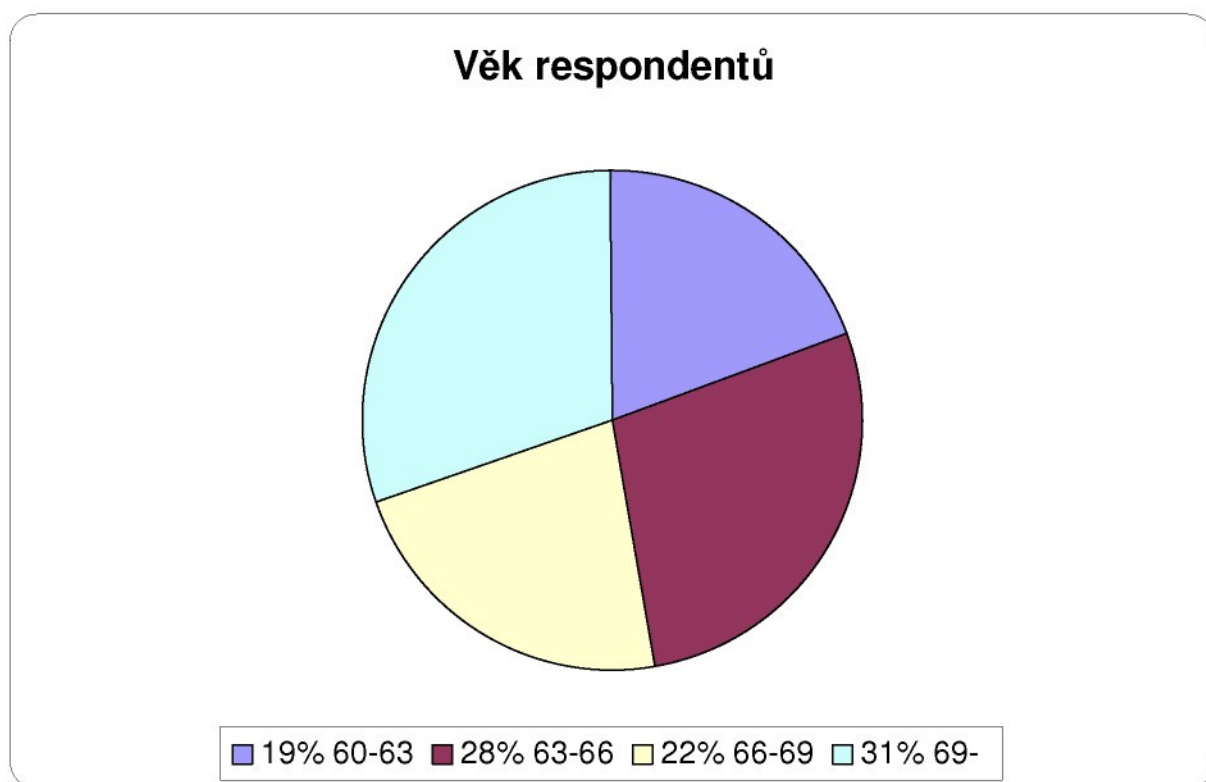
Každá odpověď je v daném obrázku pojmenována a procentuálně vyhodnocena. Jejich výsledek je u obrázku vyznačen spolu s procentuální hodnotou každé varianty odpovědi.

V kapitole 3.5 následuje vyhodnocení dotazníkové akce v přehledu dvaceti obrázků s komentáři.

3.5 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE

Věk respondentů

Obr.1 ilustruje skladbu dotazovaných respondentů, zaznamenanou podle jejich věku. Dotazovaní byli vybráni náhodně, přesto byly u daného věku vyhodnoceny přibližně stejně velké skupiny. Věkové kategorie jsou v obrázku zobrazeny graficky v procentech.



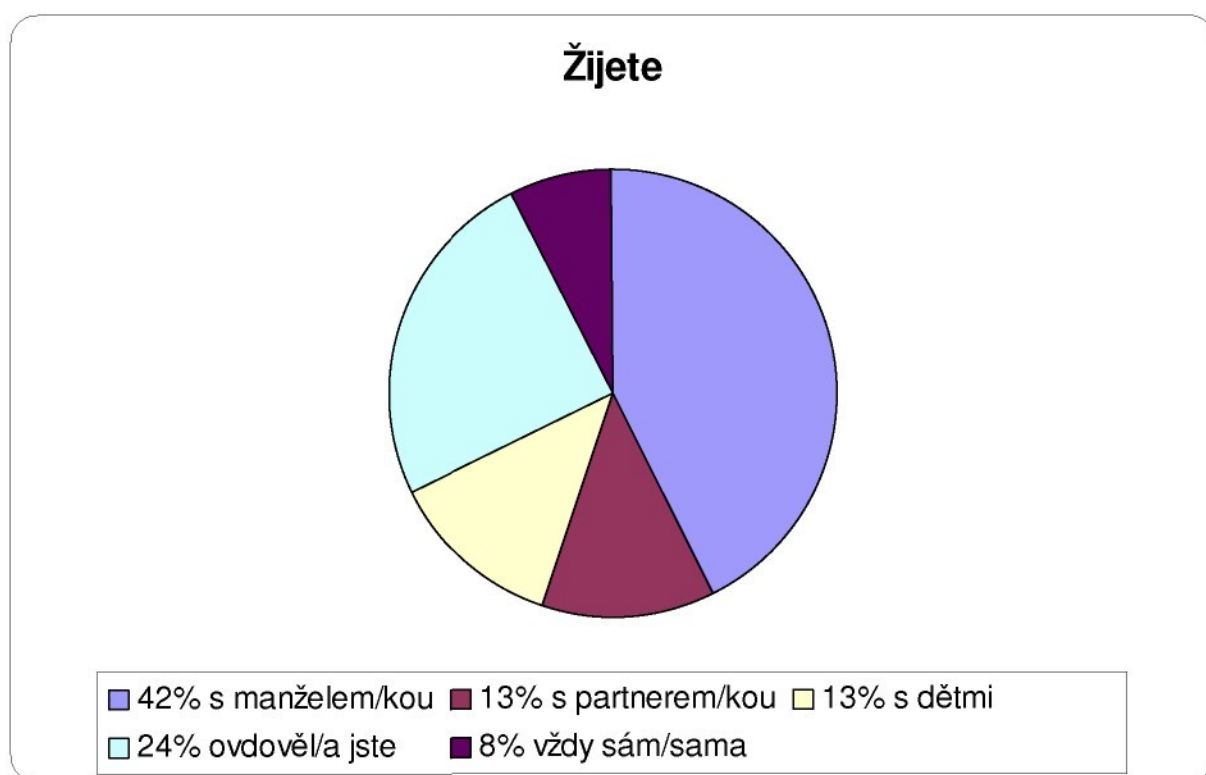
Obr. 1

Způsob a lokalita pobytu dotázaných

První otázka a její dvě podotázky předkládají strukturu výběrového vzorku skupiny. Rodinné soužití, způsob bydlení a lokalitu jejich trvalého pobytu.

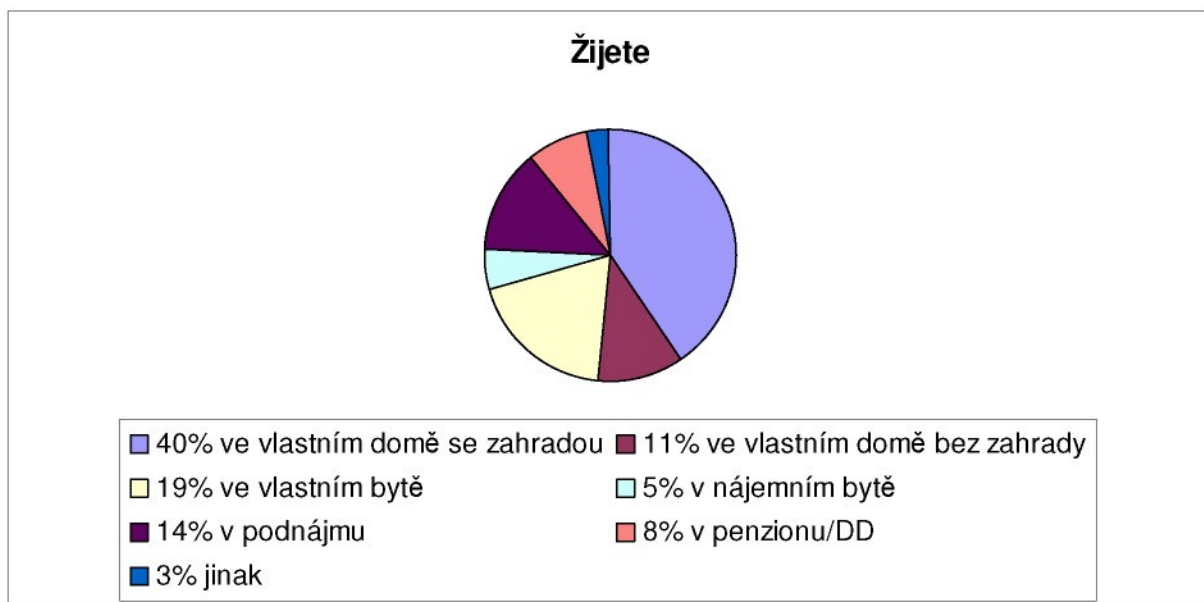
Na obrázku 2 je patrné, že z vyhodnocených výsledků má 42% lidí ze vzorku možnost žít rodinným životem, a to přesto, že je zaznamenáno 24% ovdovělých.

Separační trend současné mladé a střední generace dokladuje na obrázku 2 trvalé bydlení s dětmi pouze ve 13%.

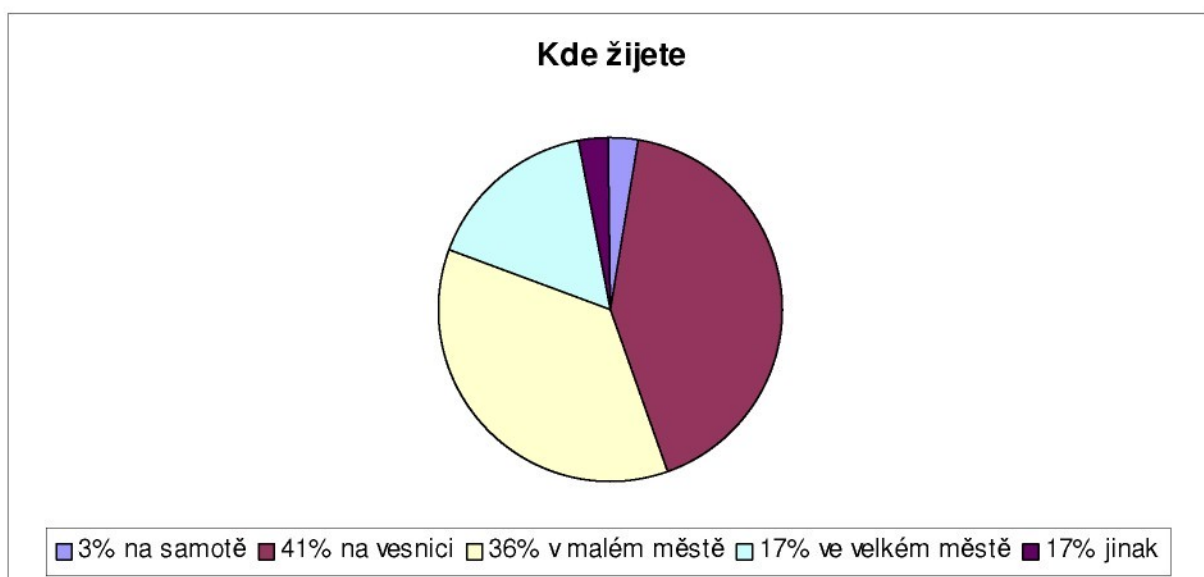


Obr. 2

Jak ukazují obrázky 2a a 2b, na malých městech a vesnicích obyvatelé žijí až v 51% ve svých vlastních domcích.



Obr. 2a

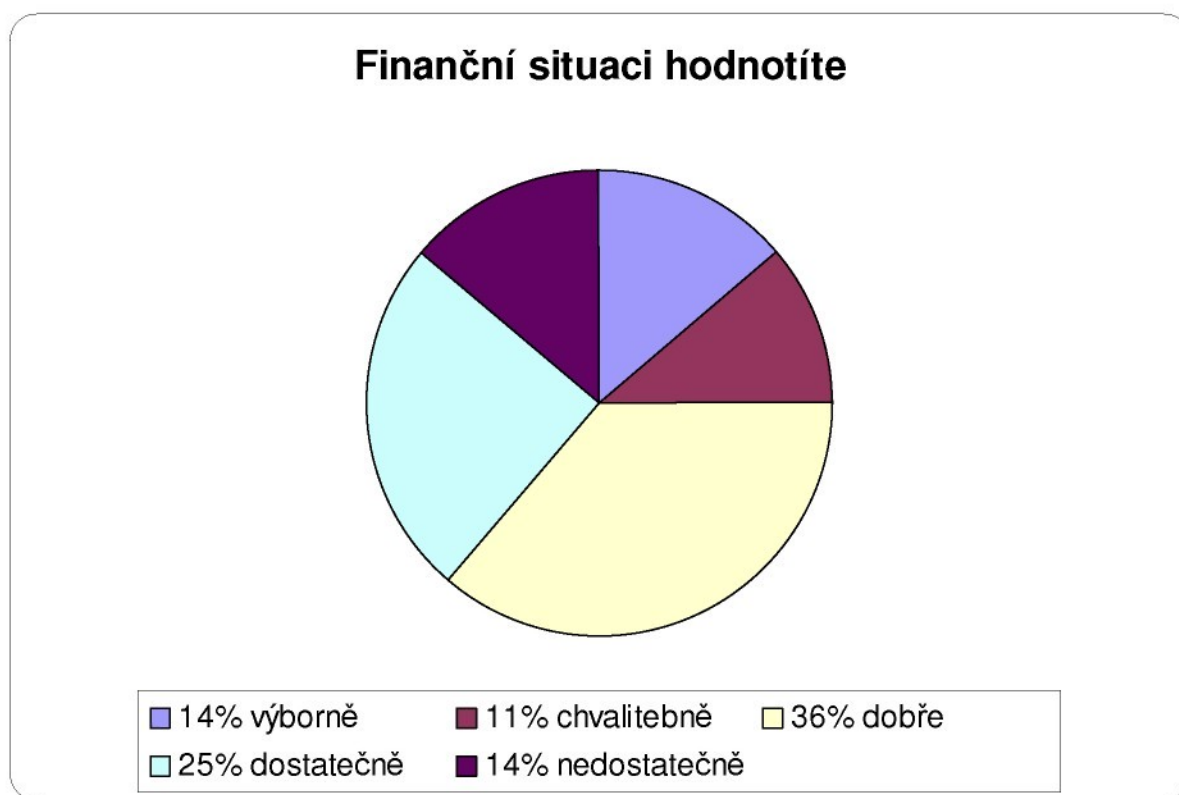


Obr. 2b

Hodnocení finanční situace

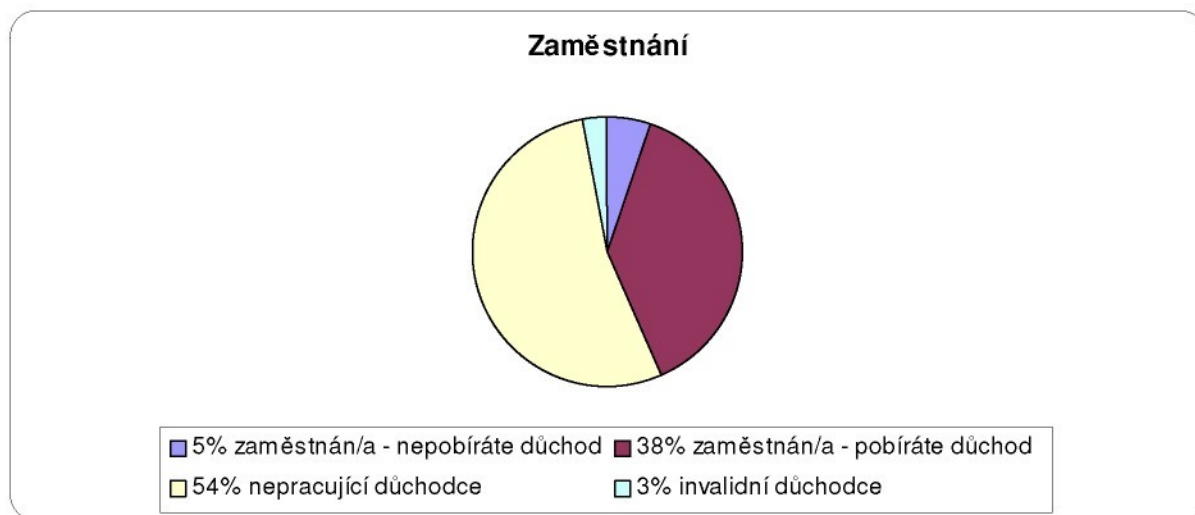
Jak ukazuje graf na obrázku 3a (str. 59), jsou 54% respondentů nepracujícími důchodci, obrázek 3 deklaruje, že finanční situaci jako dobrou hodnotí až 36% oslovených.

Tento výsledek může souviset s předešlým grafem na obrázku 2b (str. 57), a tou je hlavně lokalita trvalého pobytu. V malých městech a vesnicích nejsou obyvatelé závislí výhradně na nákupech v obchodech. Mají možnost využít nezávislosti a vypěstovat si vlastní zeleninu a ovoce a chovat domácí zvířectvo. I finanční obnos vydaný na bydlení a otop může být nižší, než je obvyklé ve městech .



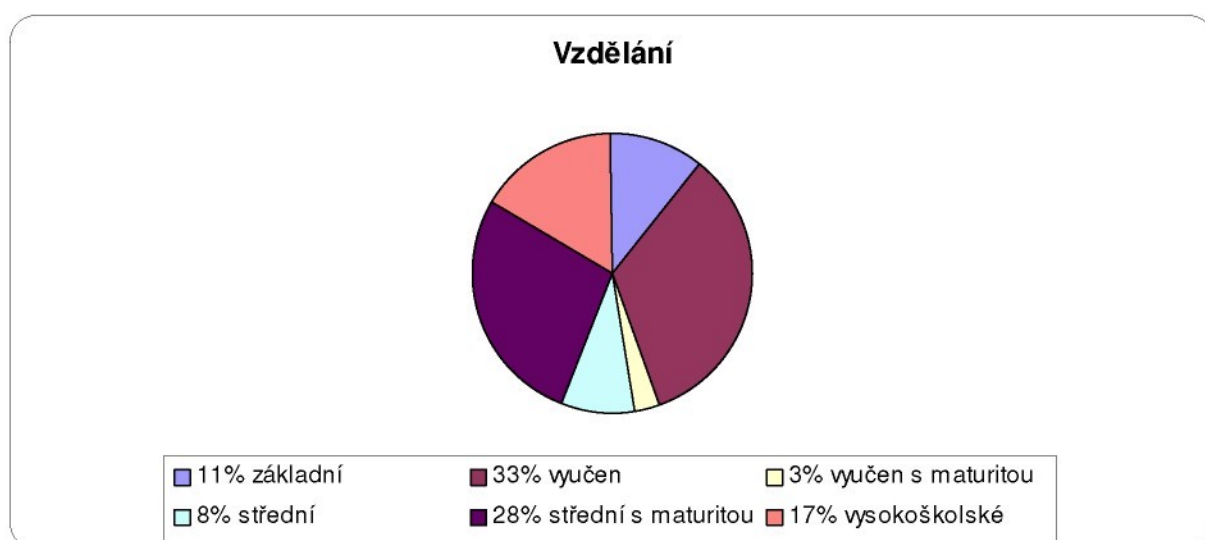
Obr. 3

K vyplácené penzi má možnost si ještě přivydělat 38% lidí v důchodovém věku, tak jak ukazuje obrázek 3a. Tento fenomén je charakteristický především pro obyvatele městských aglomerací. Lokality malých měst a vesnic se vyznačují tím, že lidé vstupující do důchodového věku obvykle investují svůj pracovní potenciál do zvelebování vlastního majetku.



Obr. 3a

Grafické znázornění na obrázku 3b ukazuje, že 33% respondentů, má nejvyšší vzdělání ukončeno vyučením, a podobně je to s 28% se středoškoláky s maturitou. Tato data nám prezentuje obrázek 3b. Na rozdíl od předpokladu, v odpovědích dotazovaných se neobjevuje souvislost úrovně vzdělání s finanční situací ani s věkem respondenta.



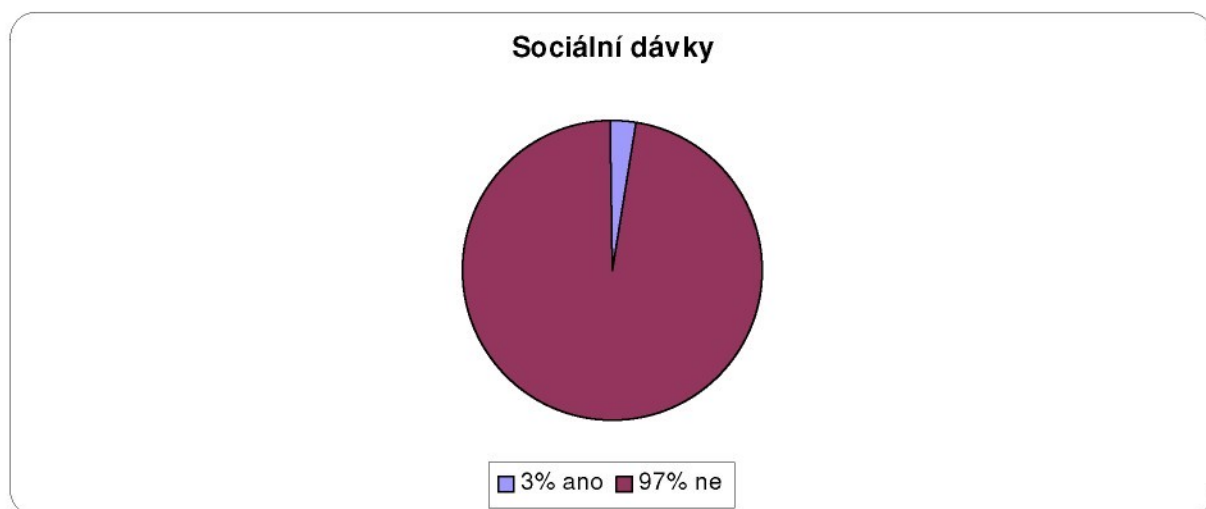
Obr. 3b

Využití sociálních služeb a sociálních dávek

Využití sociálních služeb a sociálních dávek spadá ve 3% až do nejvyšší věkové kategorie dané skupiny výzkumného vzorku dotazovaných, jak ukazuje obrázek 4.

Z tohoto poměru žije z dotazovaných celých 88% v domech pro seniory. Sociální služby z této skupiny uplatňuje 11% dotazovaných, z nichž je primárně využívána donáška obědů a nákupů (obr. 5).

Dotazovaní, kteří využívají pomoc z oblasti sociálních služeb trpí chronickými nemocemi kardiovaskulárního a vertebrogenního charakteru a jejich představy o stáří se s realitou stárnutí rozchází. (viz následující obrázky a grafy). Tato oblast byla v dotazníku zmíněna pouze okrajově a je obsahem jiných studií.



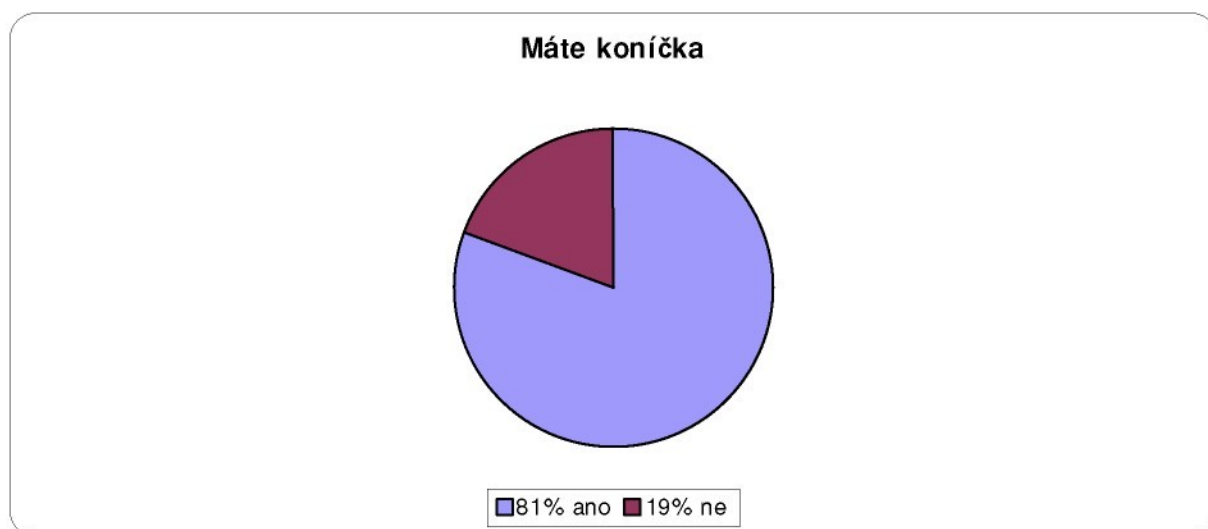
Obr. 4



Obr. 5

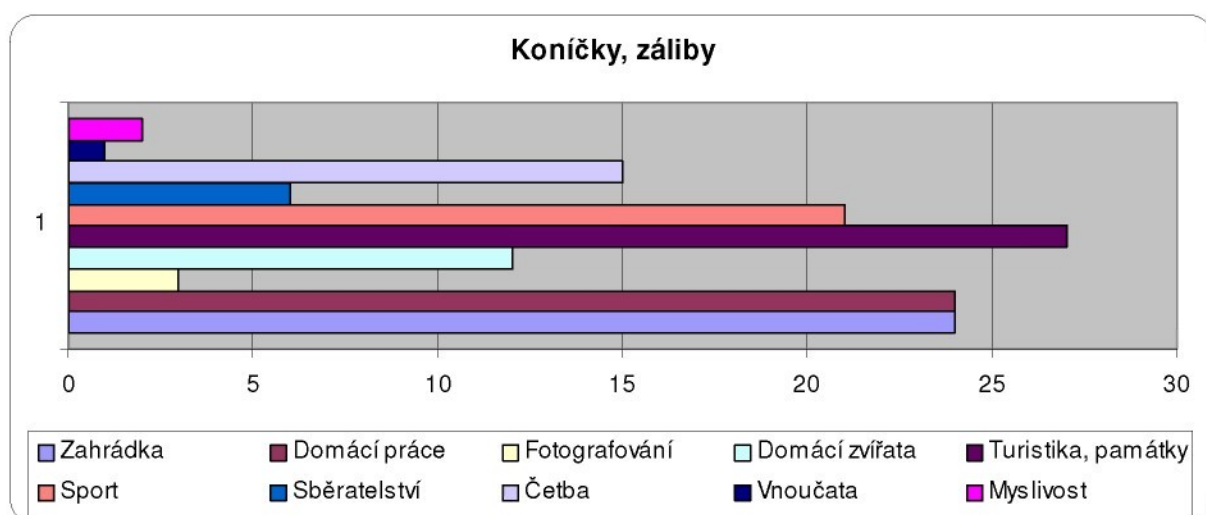
Využití volného času

Grafika na obrázku 6 udává, že 81% dotazovaných se ve svém volném čase zaměstnávají nějakou zálibou nebo koníčkem. Jejich výběr a uskutečňování zájmů, na rozdíl od předpokladů, s mírou vzdělání nesouvisí. Vliv na aktivitu mají především aktuální zdravotní a psychický stav a pociťovaný stupeň bolesti při některých onemocněních.



Obr. 6

Záliby a koníčky dotazovaných mají široký rozsah. Jak znázorňuje obrázek 6a, na kterém jsou do hlavních kategorií sumarizovány nejčastěji udávané formy odpočinku, převážně se jedná o aktivní využití volného času.

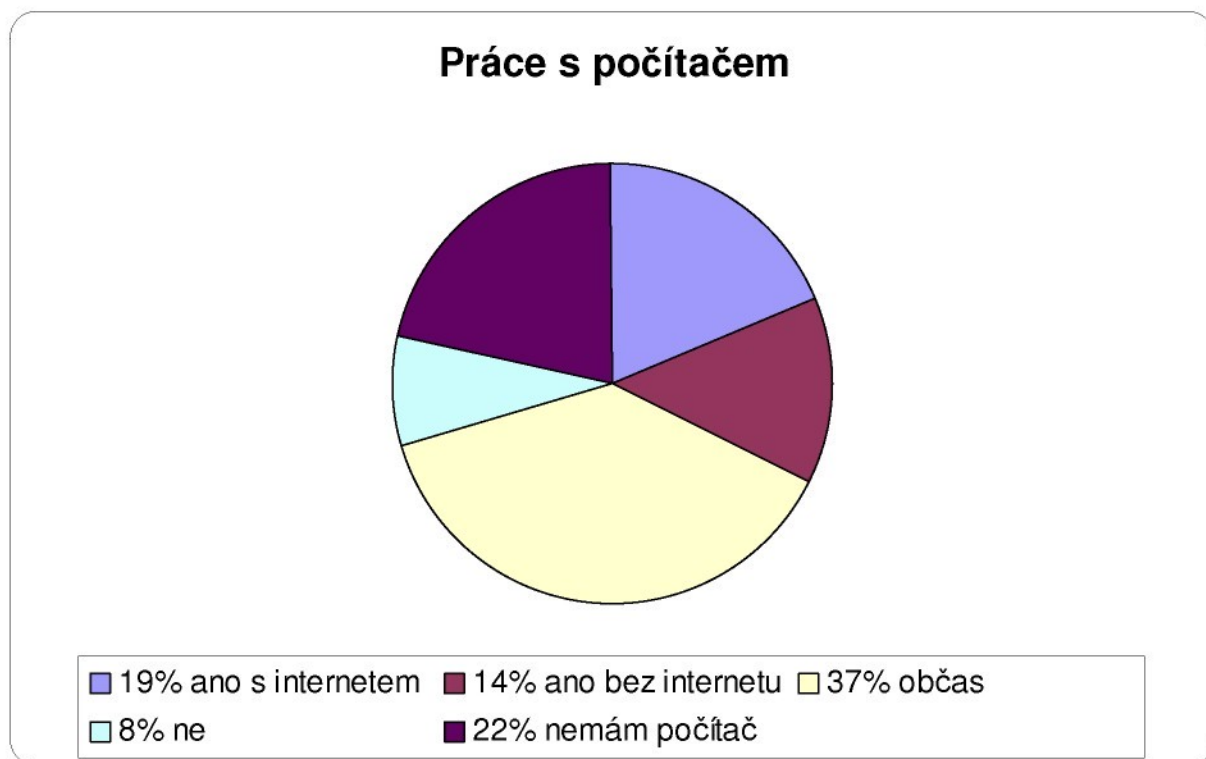


Obr. 6a

Přijetí současné moderní techniky

Přijetí současné moderní techniky není limitováno věkem, ale odpovědi souvisí se subjektivním zhodnocením vlastní finanční situace, tak jak lze vyčíst z odpovědí na obrázku 3 (str. 58).

Souvislost s aktivním používáním PC techniky je rovněž částečně ovlivněna lokalitou trvalého pobytu. Častěji se kladná odpověď objevuje u respondentů z měst, ale s pracovní aktivitou nesouvisí. I zástupci nejstarší skupiny respondentů, 69 let a více, většinou z měst, běžně ve svém volném čase využívají možnosti práce za pomoci počítačové techniky a využívají současné technické standardy.

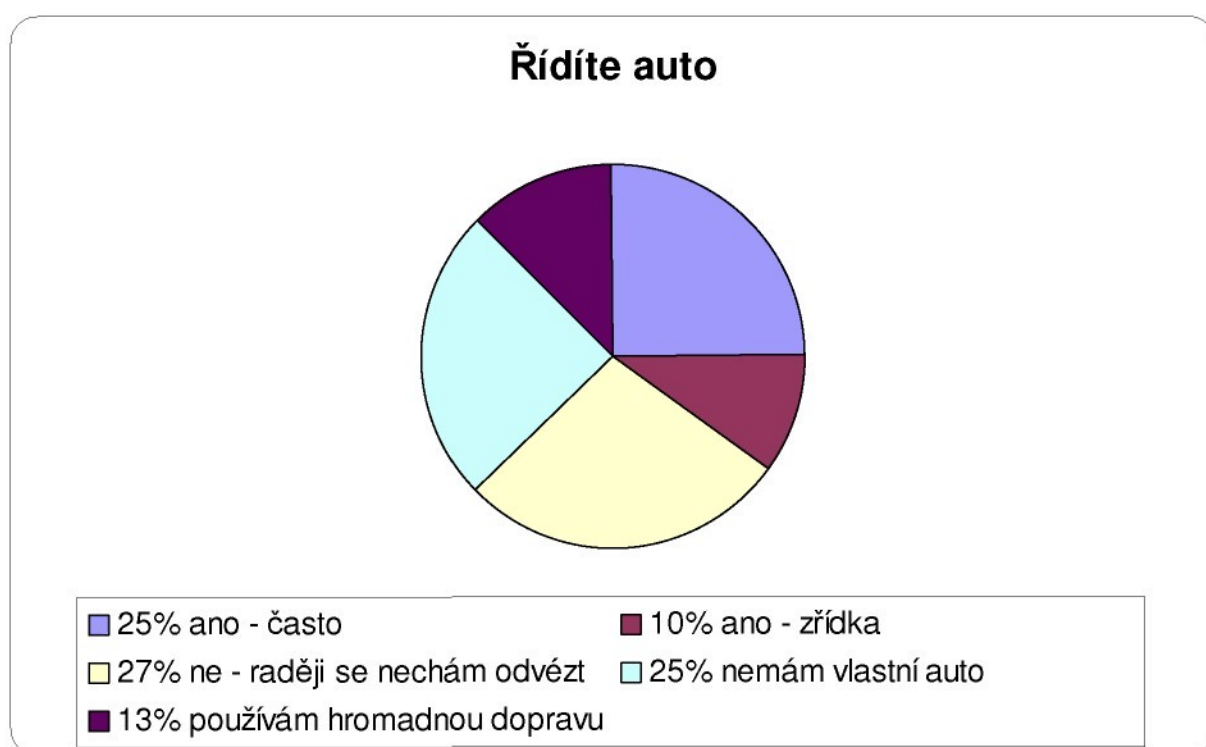


Obr. 7

Aktivní řidiči

Procento aktivních řidičů s věkem klesá a na tento fakt má vliv skutečnost, že 25% dotazovaných, většinou z velkých měst, ve vyšším věku automobil vůbec nevlastní a jezdí hromadnou dopravou.

Vzhledem k tomu, že hromadná doprava v odlehlých částech okresů je stále více centrálně omezována, využívají auta i lidé v pokročilejším věku. Auto je pro ně důležité a často nezbytné také proto, že v malých městech a na vesnicích se automobil stal prostředkem umožňujícím uskutečňování sociálního a kulturního kontaktu a osobních potřeb, kterými jsou i běžné nákupy nebo návštěvy lékaře. Výsledná procenta ukazují, že poměry dotazovaných a vlastníků motorového vozidla v důchodovém věku jsou přibližně podobná. Vlastního vozidla více využije dotazovaný z malého města nebo vesnice (obr. 2a).



Obr. 8

Chronická nemocnost

Na obrázku 9 je vidět, že polovina respondentů trpí chronickými nemocemi, které vyžadují pravidelné lékařské kontroly a se zvyšujícím se věkem procento lidí trpících chronickým onemocněním stoupá.

Tyto okolnosti nejsou pozitivním ukazatelem. Česká republika patří ve statistických průměrech mezi země, které jsou civilizačními chorobami nejohroženější. Patří mezi ně kardiovaskulární choroby a nemoci rakovinného bujení.



Obr. 9

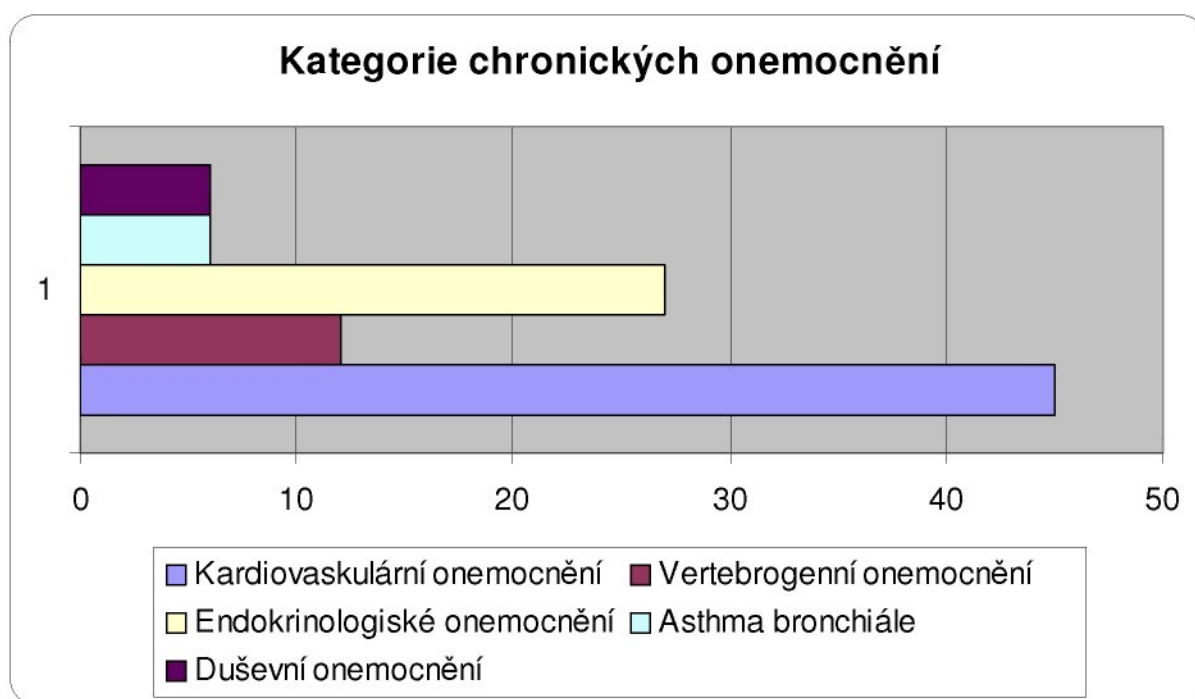
Podle charakteru onemocnění jsou v grafickém pojetí vytvořeny typické skupiny chorob.

Nejvíce z dotazovaných, kteří jsou některou chronickou chorobou postiženi, 45%, trpí nemocemi oběhové soustavy, z toho je nejčastěji udávána hypertenze a srdeční nedostatečnost. V tomto zřetelu je potřeba zaměřit se na snižování rizikového chování populace.

Mezi dalšími, se ve 27% objevují choroby endokrinní soustavy, přičemž je nejvíce zastoupen diabetes mellitus druhého typu a poruchy štítné žlázy.

Do další velké oblasti chronických onemocnění patří poruchy pohybového aparátu, a to ve 12%. Z těchto dotazovaných nejčastěji jmenují poruchy kloubních spojení a artritida.

6% respondentů udalo onemocnění asthma bronchiále a stejných 6% se přiznalo k duševní poruše.



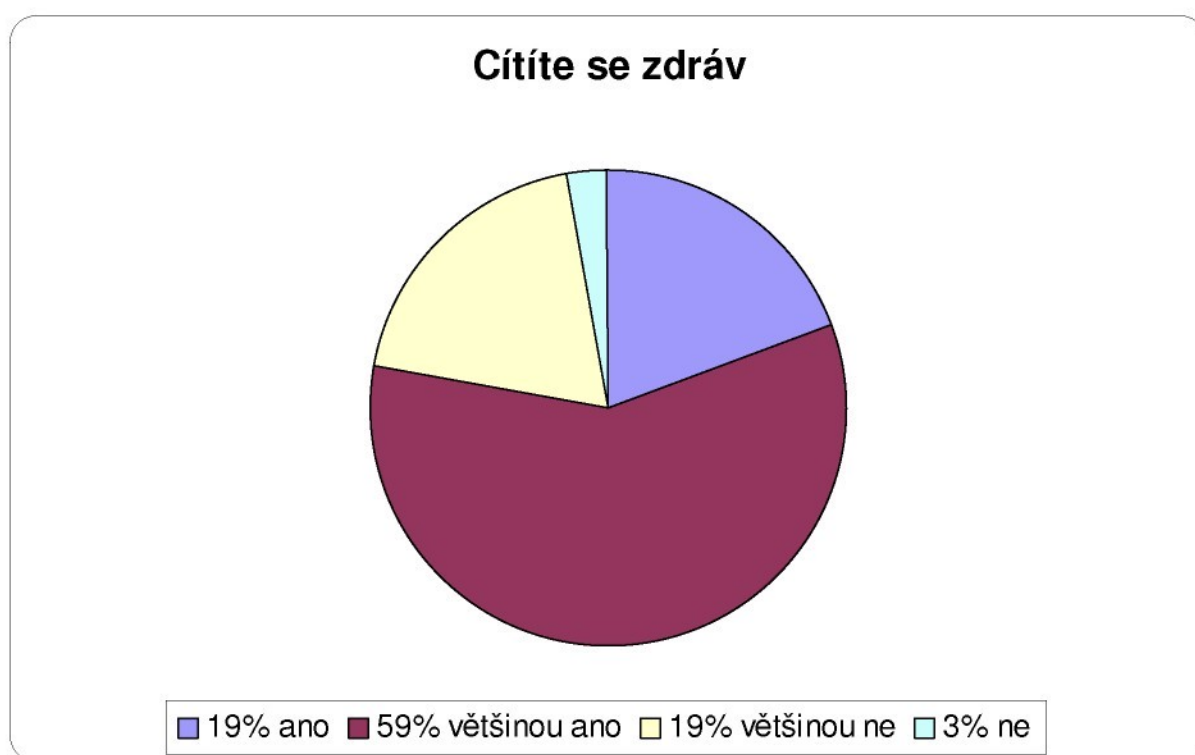
Obr. 9a

Pocit zdraví

V 19% ano a 59% většinou ano se respondenti z dotazovaného vzorku cítí zdraví, 19% většinou ne a jen 3% dotazovaných se zdravými necítí.

Negativní odpověď 3% patřila dotazovaným v nejvyšší věkové kategorii, kteří využívající sociální služby a dávky, žijí osamoceně a jejich představy o přicházejícím stáří byly přijímány bez jejich aktivního podílu. V celkovém zhodnocení života přiznávají pasivitu, dva z této skupiny chtěli prožít poslední část života v domově pro seniory, což se jim podařilo.

Pocity zdraví a nemoci úzce souvisí s pociťovanou kvalitou života, která se s postupujícím věkem snižuje a je příčinou celkového úpadku osobnosti.



Obr. 10

Neočekávaným poznatkem bylo vysoké procento dotazovaných, celkem 76%, kteří odpověděli, že jejich zhoršený zdravotní stav je neomezuje v běžných denních činnostech, a že se cítí zdraví. Pouze pro 24% dotázaných je důvodem snížení jejich běžné aktivity právě zdravotní stav.

To může, při poměrně vysoké prevalenci civilizačních nemocí, poukazovat a vyjadřovat dobrou dostupnost a vysokou úroveň zdravotní péče.

Nabízí se rovněž možná varianta, že dotazovaný vzorek považuje, v období časného stáří, daná civilizační onemocnění za obvyklou normu (obr.10a). Tato myšlenka by se mohla stát dalším výzkumným předpokladem.

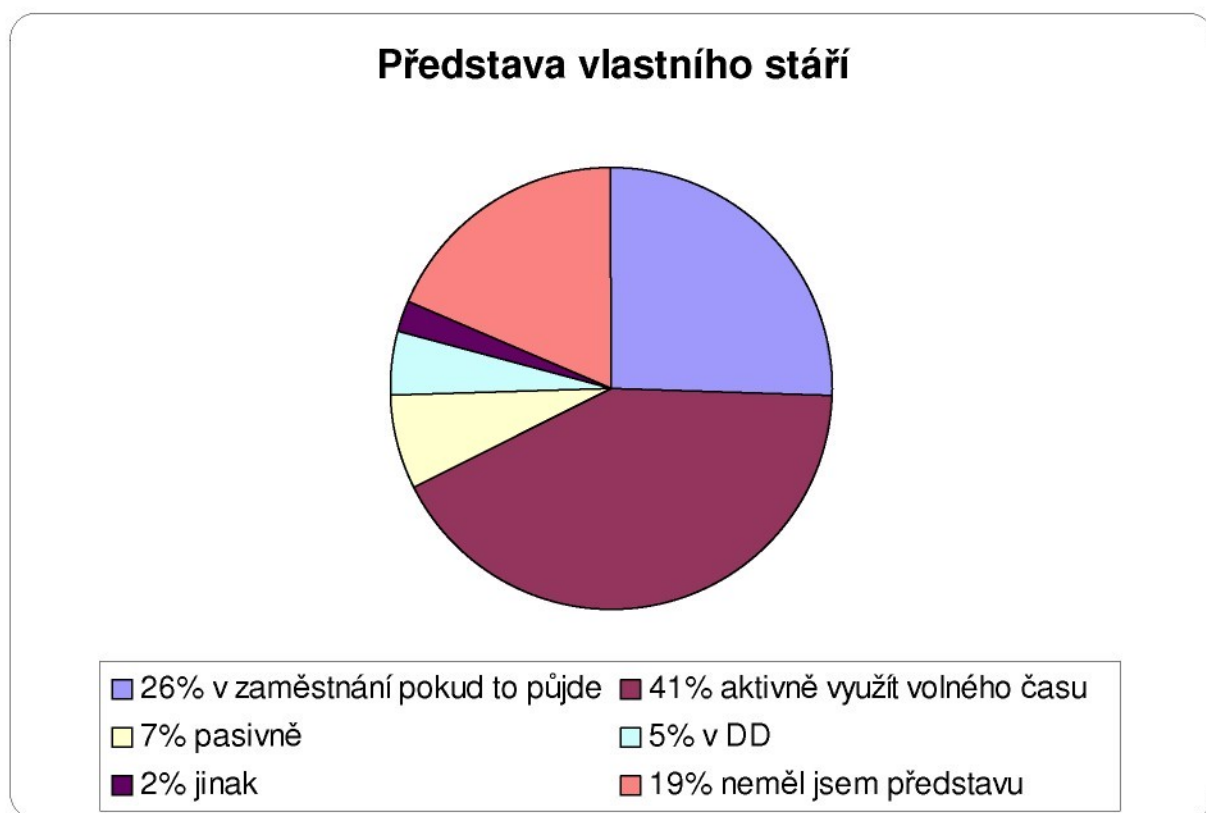


Obr. 10a

Představa o vlastním stáří

Podle zhodnocených odpovědí, souvisí aktivní příprava a očekávání sociální a ekonomické změny v období časného stáří s reálným vnímáním aktuálního společenského postavení.

Souvislost s úrovní vzdělání prokázána nebyla. 19% z dotázaných, kteří odpověděli, že představy o stáří neměli, posuzují současnou životní realitu jako neuspokojivou. (obr. 11)

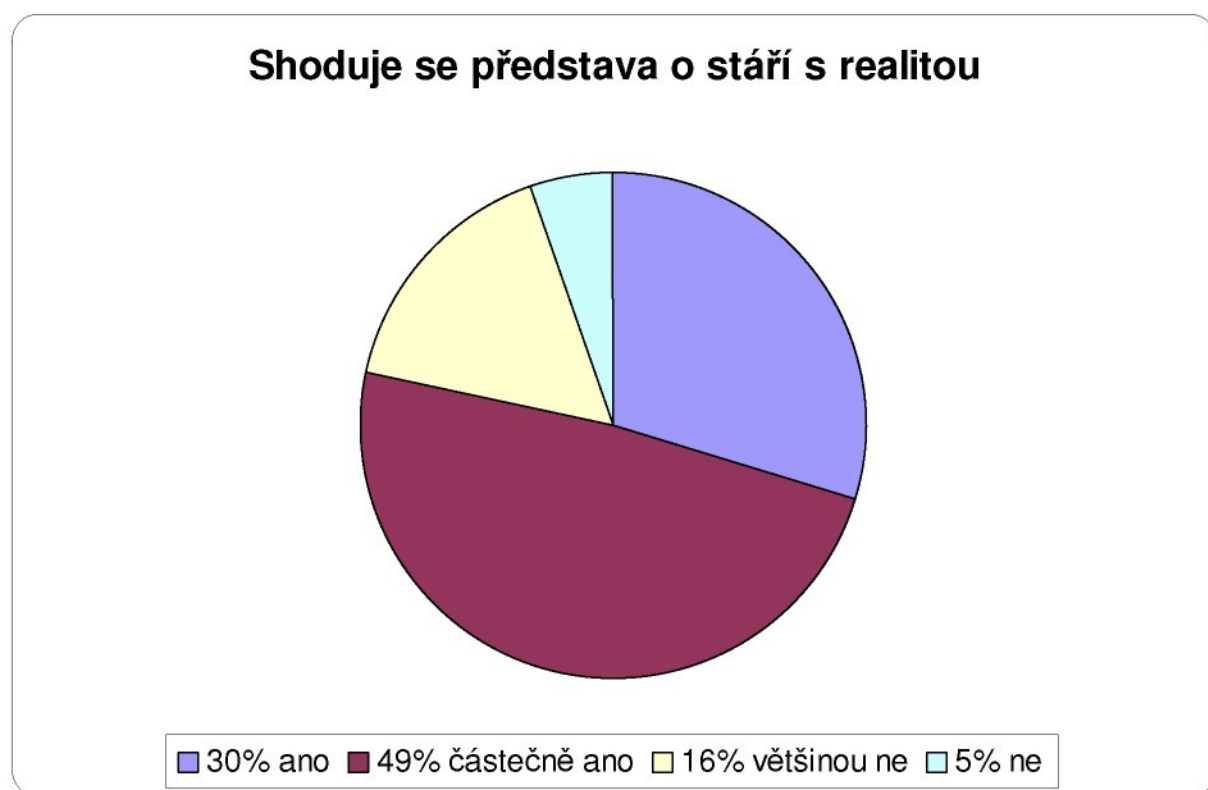


Obr. 11

Představy a realistické plány do budoucího období v důchodovém věku mohou být jednou z velmi prospěšných příprav na problematické a těžké životní období a posléze také jeho kvality.

Možnost bydlení ve vlastním domě má výrazný vliv na výsledné chování v dlouhodobé přípravě na stáří (obr. 2a) a je faktorem, souvisejícím s reálnou představou o období odchodu do důchodu.

Ti jedinci, kteří žijí společně se svými rodinnými příslušníky a navíc ve vlastním domě, jsou spokojenější, činorodější a skutečný životní vývoj se většinou shoduje s jejich představou budoucího věkového období senescence (obr. 11a).



Obr. 11a

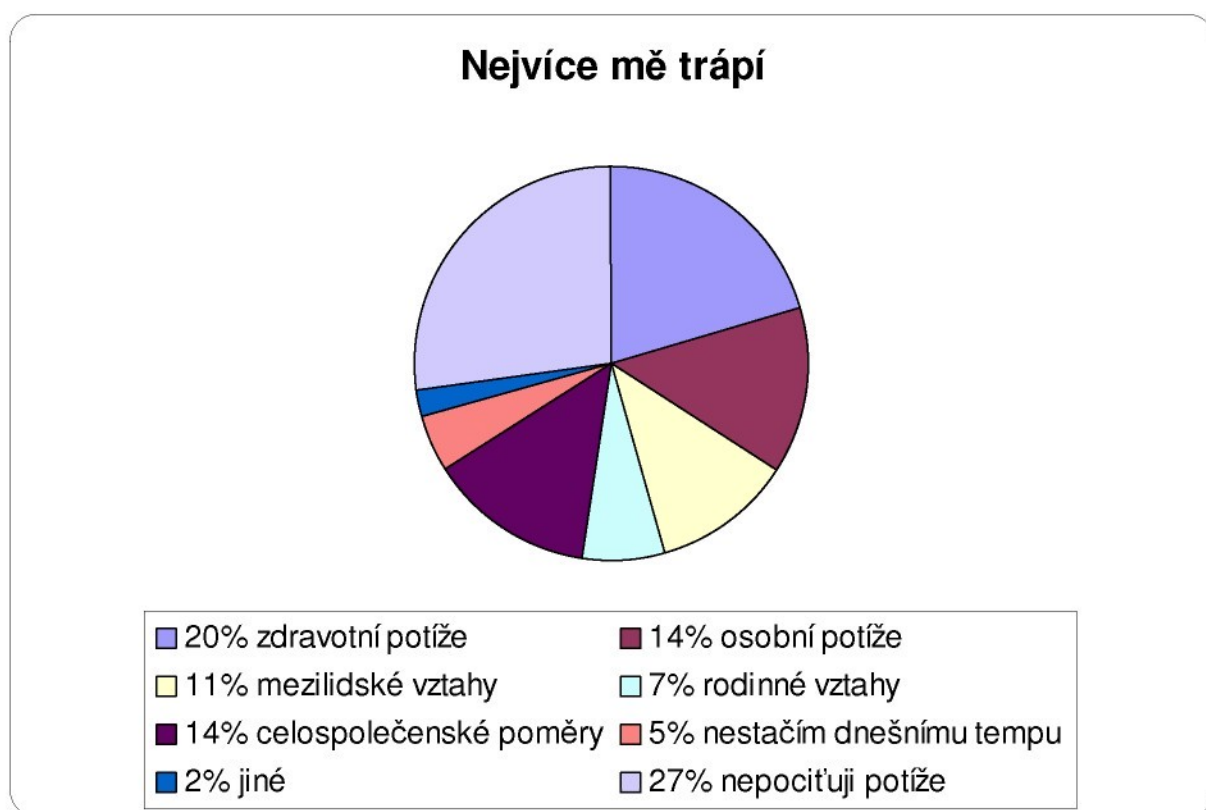
Obavy současných důchodců

Závěrečná otázka v dotazníku měla obecný charakter. Jejím cílem byla možnost upozornit na některou z oblastí, která mezi otázkami nebyla nabídnuta.

Zdravotní potíže jsou ve 20% příčinou nespokojenosti, 27% dotazovaných potíže a starosti nepocítuje.

Celospolečenské a osobní těžkosti jsou příčinou nespokojenosti už ve 14%. 11% dotázaných trápí mezilidské a 7% rodinné vztahy.

Oproti předpokladům je pouze pro 5% dotázaných ze vzorku je současné zrychlené životní tempo zátěží.



Obr. 12

3.5.1 Diskuse

Výzkumná akce související s touto bakalářskou prací, měla několik pozoruhodných závěrů. Jednoznačně překvapující byla ochota, s jakou byly dotazníky vyplňovány. Původní záměr distribuovat padesát kusů byl spontánně zvýšen na sto třicet, což už znamená kvalitnější a průkaznější výsledek.

Celkem překvapivé zjištění bylo, že téměř čtvrtina dotazovaných, 24%, ztratilo svého dlouholetého partnera a jsou ovdovělí. Na základě výše zpracovaného tématu v kapitole dotýkající se demografických závěrů se lze domnívat, že tato problematika se převážně týká ženské populace.

Otázka finanční situace mladších důchodců je podle výsledných hodnocení vcelku uspokojivá. Jako dobrou ji hodnotí 36% důchodců a dokonce výborně 14%.

Výsledky hodnocení finanční situace jsou v rovnováze s výsledky v grafu 3a, které se týkají zaměstnání. Až 38% dotazovaných uvedlo, že jsou pracujícími důchodci.

Stálo by za to, zjistit, zda tato problematika souvisí s potřebou uchovat si své společenské role či s nutností doplnit současný finanční rozpočet a ekonomicky se zajistit na období, kdy člověk přestane mít dostatečné množství fyzických nebo psychických sil, které mu usnadňují zachovávat si svou životní úroveň.

Výzkum nepotvrdil předpokládanou hypotézu, že vyšší vzdělání člověka podporuje a usnadňuje hledání aktivního odpočinku a zálib i ve vyšším věku, s čímž souvisí celková spokojenost jednotlivce v ohledu na kvalitu života ve společnosti.

Částečně lze usoudit, že sportovně aktivní jedinci jsou většinou vysokoškoláci nebo středoškoláci s maturitou, ale věkově je skupina aktivních sportovců necharakteristická.

Ti jedinci, kteří svou finanční situaci hodnotili jako nejhorší, neměli koníčky nebo záliby a udávali potíže v osobních i v mezilidských vztazích.

Potvrzuje se tak teoretický předpoklad, že základní podmínkou zachování a udržení bio-psycho-sociální a spirituální rovnováhy a spokojenosti člověka ve společnosti i v osobní rovině je přizpůsobení charakteristických znaků své povahy a vrozeného temperamentu okolnostem, ve kterých jedinec celý svůj život prožívá.

Rozpor mezi odpověďmi se dá zjistit v oblasti zdravotního stavu. Přesně 50% dotázaných udává, že trpí některým z chronických onemocněním (obr. 9a), přesto až 78%

dotazovaných se cítí zdrávo a 76% dotázaných neomezuje jejich zdravotní stav v běžných činnostech.

Lze se tedy domnívat, že mnoho lidí považuje civilizační nemoci za normu, která díky kvalitní a dostupné lékařské péči není příčinou omezení nebo nespokojenosti v běžném lidském životě.

Je třeba zaměřit se na prevenci rizikového chování dané generační skupiny, vést celou lidskou populaci k řádným a zdravým životním návykům, a to jak ve stravovacích zvycích tak v boji proti kouření a jiným návykovým látkám. Neméně důležitá je cílená propagace přiměřené pohybové aktivity.

Z pohledu sociálního pracovníka je poněkud překvapivé, že zkoumání ukazuje pouze na 3% z dotázaných, kteří využívají sociální dávky a 11% dotázaných sociální služby. V tomto případě se jedná převážně o nejvyšší věkovou kategorii ze vzorku respondentů, žijící v domovech pro seniory.

Tento výsledek lze hodnotit z několika úhlů. Jednak došlo k potvrzení domněnky, že v malých městech a vesnicích jsou lidé soběstační a fyzicky zdatnější a je-li potřeba, stále v těchto lokalitách funguje přátelská a sousedská výpomoc.

Další možností je potvrzení celkových 78% spokojených lidí, nepociťujících zdravotní potíže. K prevalenci civilizačních chorob dochází patrně až se zvyšujícím se věkem, směřujícím do sedmého decenia a dále.

Je však také možné, že respondenti přesně nepochopili otázku nebo je pro ně těžké si závislost na státních sociálních dávkách a sociálních službách připustit. V budoucnu by se mohl nastavit jiný výzkumný cíl, který by byl vhodný pro zpřesnění této problematiky.

Závěrem by se dalo říci, že z výsledků tohoto malého šetření vyšla najevo složitá a málo probádaná problematika období časného stáří se všemi úskalími, která tento věk provází.

Dotazník, který byl k tématu vytvořen je jen hrubým vhladem do této oblasti a v případě dalších zkoumání by bylo potřeba problematiku více zpřesnit a rozpracovat.

Za analýzu by stála možnost důkladné sondy do oblasti, vztahující se k problematice pracujících důchodců a kvality života jednotlivců v období časného stáří.

Dalším tématem k rozboru by se mohla stát oblast a forma nabídek a poskytování sociálních služeb a sociální péče mimo území měst a velkoměst.

Dotazník vcelku splnil základní požadavek, kterým byl pohled do problematiky časného stáří a období počátku penzionování.

Jedná se o složité životní období, které je závislé na celém komplexu životních a generačních zkušeností. Způsob přijetí penzionování je výsledkem přijetí mnoha faktorů sociálních, ekonomických, psychických i spirituálních a v neposlední řadě i úrovně zdravotního stavu, což dotazníková akce potvrdila.

Nemalý podíl na úspěšném a vyrovnaném přechodu člověka z fáze pracujícího člověka do období důchodového věku se zachovalými fyzickými i psychickými schopnostmi, má vliv celková společenská atmosféra a pohled a uznání starších občanů mladší generací.

4 ZÁVĚR

Šiklová (2007): „Před řadou oblastí společenského života stojí otázky a úkoly, jimž nelze uniknout a s jejichž řešením máme velmi malé zkušenosti. Populace stárne rychlým tempem a staří lidé patrně nebudou chtít žít podle existujících vzorců.

Po druhé světové válce začal stoupat počet lidí starších šedesáti pěti let a v současnosti se stále zvyšuje. Nárůst nejstarší populace je demograficky vyšší než nárůst populace celkově. Pro tuto situaci není vhodné zaměřit se jednostranně na úpravu sociálních podmínek ze strany státu, na důchodovou politiku a sociální podporu, měnit hranice penzijního věku, poskytnout sociální lůžka.

V sociálním měřítku je nastolena otázka, zda připravovat podmínky odlišného životního stylu a hledání spokojenosti celé skupiny. Masové zestárnutí je novým fenoménem a opakování toho co bylo oblíbené doposud a nemusí uspět v současnosti. Opakováním a podsouváním představ i předsudků pouze upevňujeme vytvořené sociální normy.

Předěl v hodnocení minulosti, současnosti i očekávání budoucnosti, jsou průvodním znakem lidí třetího věku. Je otázkou, zda je rozumné rozhodovat o budoucím životě mladých důchodců podle současných poznatků a podle toho, jak jednají současní šedesátníci nebo jim nabídnout jiný směr.

Je však otázkou jaký, když mnohdy ani sám senior neví jaké je pro něho to nejlepší chování.

Je otázkou, zda je lépe vytvářet pro stárnoucí generaci klidné prostředí s plným servisem sociální a zdravotní podpory nebo připravit dynamický přístup k životu v této vývojové etapě. Propagace důchodce trávícího čas v klidném prostředí v parku na lavičce nebo u televizního programu není východiskem pro zdravé stárnutí naší současné generace šedesátníků.

Je vytvořeno jen velmi málo alternativních vzorců k prožívání stáří. Jsou dvě možnosti, buď nejsou k dispozici nebo na ně nereagujeme, protože jsou považovány za příliš odvážné.

Součástí příprav stárnoucí generace na časnou stáří a stáří by mělo být nejen zkoumání stávajících vzorců chování, ale i hledání možností k poznatkům a návodům nejen

*pro jedince, ale i pro celou společnost, která jako celek stárne a potřebuje najít nové formy životního stylu.*⁴⁰

Takto vyjádřila svůj postoj ke stárnoucí generaci v obsáhlém článku renomovaná a uznávaná socioložka, paní PhDr. Jiřina Šiklová, CSc., která se problematice stáří věnuje po mnoho let.⁴¹

Časné stáří je životní období, kterého se mnoho lidí bojí. Po studiu dokumentů pro tuto bakalářskou práci jsem pochopila, že jejich obavy jsou oprávněné. Kvalita života v období časného stáří je zrcadlem celoživotní práce se svou vlastní osobností, ve tvorbě mezilidských vztahů a tolerance. Takový styl života vyžaduje námahu a sebevzdělávání a je nikdy nekončící poutí.

Mám ráda prosté staré lidi. Jejich vrtochy i moudrost snoubící se s duševní krásou. Nemyslím si, že staří lidé by byli zbyteční, naopak. Jsou to lidé, od kterých se toho můžeme spoustu naučit, ale přestali jsme to dělat. Myslíme si, že jejich názory jsou zastaralé, těžkopádné a už dávno nemají co do činění s moderním světem.

Je to zřejmě tím, že nejsme schopni seniorům naslouchat a mnohdy ani nechceme a nedáváme jim ke sdělení svých myšlenek žádnou příležitost.

Smyslem života je to, že stárnoucí člověk má předávat ostatním ze sebe to nejlepší. Stárnutí je přirozený životní proces a záleží jen na konkrétním člověku, jak se k němu postaví. Stáří není otázkou jen fyzických schopností, ale především myslí.

Je okolo nás mnoho mladých lidí, kteří na tom nejsou mentálně tak dobře, jako například staříček učitel angličtiny, za nímž žáci chodí nejen za účelem se něco naučit, ale třeba jen sdílet jeho přítomnost a zahřát se jeho obrovskou životní energií. A naopak on sám se cítí potřebný a tuší, že dělá něco smysluplného. Tím, že učí lidi, dává jim kousek ze sebe a svých zkušeností.

Stařenka nemusí mít vrásky od smutku a strachu ze stárnutí, ale od úsměvu. Dává lidem optimismus i chuť do života a lidé za ní chodí proto, aby mohli sdílet její přítomnost a

⁴⁰ ŠIKLOVÁ, J. Sociální gerontologie je disciplína s budoucností. *Psychologie dnes*. 2007, roč. 13, č. 1, s. 41-42. ISSN 1212-9607

⁴¹ Jiřina Šiklová (1935) - socioložka. Vystudovala historii a filosofii na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. V letech 1969-1971 a 1989-1990 pracovala jako uklízečka, 1971-1988 v Thomayerově nemocnici v zařazení sociální pracovnice, ale mohla se tak vlastně načerno věnovat sociologii. Signatárka Charty 77. V letech 1980-1982 vězněna za podvracení republiky. Po listopadu 1989 založila knihovnu, Centrum pro Gender Studies Praha a Katedru sociální práce; přednáší na FF UK, zabývá se především problematikou identity člověka během životního cyklu podle genderové a etnické příslušnosti

nasávat vůni teplých buchet s troškou moudrosti, pomocí které pak mohou nacházet svou životní cestu.

Vše dobré, co ze sebe člověk vydá, se mu jinou cestou vrátí. Věk je údajem v kalendáři a záleží na psychice a na pozitivním myšlení.

Pokročilý věk má své přednosti a pro každé životní období se dá najít nějaký půvab. Záleží pouze na jednom samém a konkrétním člověku, bude-li se ve vyšším věku otáčet za minulostí, nebo se bude, se svými přáteli a kamarády, těšit z přítomnosti.

Náhled na stáří a problematiku s ním spojenou, se mění v každém věku. Myšlenky na stáří a smrt napadají čas od času asi každého. Když je mladému člověku okolo dvaceti let, převažuje v něm představa, že šedesátiletý důchodce je rád když si dojde nakoupit základní potřeby a přežívá proto, že má povinnost dožít svůj život.

Ale postupně, s přibýváním věku, zjišťujeme, že každý žije svůj vlastní život a dosahováním stále vyšší střední délky života si uvědomujeme jak rychle čas letí a co vše má člověk ještě za úkol stihnout. Důležitým faktem určujícím kvalitu života je fyzické zdraví a duševní pohoda, chuť do práce a touha po vzdělávání.

Mládí bývá předností přibližně do první čtvrtiny života. Poté je důležitější, než cokoli jiného, psychická a duchovní stránka člověka. Ta jedince formuje až do pozdního stáří a systematicky vytváří jeho osobnost. Zralého člověka také už jen tak něco nepřekvapí, protože vše dokáže spojit s proběhlými životními událostmi.

Umění stárnout znamená nevidět jen tělesnou schránku, která obvykle začíná projevovat znaky stáří dříve než fyzická zdatnost.

4.1 NÁVRH OPATŘENÍ

Chtěla jsem tímto dílkem vyjádřit své přesvědčení, že psychosociální a somatofyzický obraz člověka v současném světě je odlišný od představ, které nás provází dějinami i budoucností. Myslím, že společnost všech společensky i ekonomicky rozvinutých zemí by se měla zamyslet nad budoucí koncepcí života generace čerstvých šedesátníků.

Vědecké a empirické studie se významnou měrou podílí na studiu vývojové psychologie dětí, adolescentů a stárnoucích občanů v pokročilém věku.

Ve věku přechodu z produktivního období do důchodového a s ním související sociální změnou, by měla politická garnitura předložit náměty jakým způsobem zpříjemnit přechod do období časného stáří. Zamyslet se nad dnes aktuální situací, posunem věku odchodu do důchodu na 65 letech. Objektivně popřemýšlet nad fyzickými i psychickými schopnostmi člověka v období časného stáří.

V takových úvahách by se mělo objevit zohlednění prodlužování aktivního věku v souvislosti s demografickými změnami. Zamyslet se nad tím, zda je lepší směřovat stárnoucí generaci do penzionů a domovů, kde bude poskytována náležitá a kvalitní péče z oblasti sociálně zdravotní, nebo je výhodnější zajistit kvalitní terénní péči a ponechat seniorům vlastní autonomii.

Už se objevují první zprávy o velkých firmách, kde ještě před časem preferovali jako perspektivní pracovní sílu mladé, schopné a ambiciózní zaměstnance. Nyní jsou do kolektivů zařazováni i starší odborníci, jejichž hodnota zkušeností, tolerance a zodpovědnosti je nenahraditelnou morální a výchovnou složkou celých pracovních skupin. V takových heterogenních pracovních týmech je objektivně lepší pracovní atmosféra, snižuje se bezohlednost, hrubiánství, egoismus, ambicióznost a zvyšuje se chuť k práci a novým zkušenostem. Práce se tak stává zálibou, nejen cílem ke zvyšování ekonomického statusu.

Mým návrhem a cílem je popularizace generace lidí třetího věku a současně navrhnout nové a další alternativy pro jejich čínorodý život.

Nabídnout možnost aktivně vyplnit volný čas. V souvislosti s legislativními úpravami přihlédnout k charakteristickým znakům zvyšujícího se věku po padesátém roce života, pomocí snížení povinné pracovní doby na konci pátého a počátku šestého decennia. Nabídnout možnost vzdělávání, možnost pracovních i mimo pracovních aktivit, postarat se o dostupnost kulturně-eticko-estetického uspokojení a dostatečně zajistit psychosociální zabezpečení.

Samota, stres, deprese, frustrace jsou společníky nízké kvality života a přicházejícího rizika psychosociálních a zdravotních problémů v případě, že budeme stáří přehlížet a snižovat jeho standard.

Kvalita života je v rukou každého z nás a není možné ji jakkoliv podbízet. Celoživotní a namáhavá práce se svým osobním životem je prostředníkem i příčinou uspokojující nebo nevyhovující existence v současné společnosti. Podílí se na ní nejen výchova, ale rovněž životní zkušenosti a zátěže, kterým je každý člověk, po dobu své životní pouti, vystaven a jimi obklopen.

Život je specifický a jedinečný. Nenahraditelný a vzácný.

5 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Seznam monografií

DANZER, G. *Psychosomatika*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 244 s. ISBN 80-7178-456-7

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1.vyd. Praha : Panorama, 1990. 416 s.
ISBN 80-7038-158-2

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*.
2. doplněné vyd. Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6

CHYTIL, D. *A léta běží*. 1. vyd. Praha : ČSÚ, 2006. 70 s. ISBN 978-80-250-1418-9

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie vděčnosti a nevďěčnosti: Kudy vede cesta k přátelství*.
1. vyd. Praha : Grada, 2007. 120 s. ISBN 978-80-247-1838-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha : Návrat domů, 1994. 95 s.
ISBN 80-85495-33-3

KŘIVOHLAVÝ, J., KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. 1. vyd. Praha : Návrat domů,
1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0

NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha : Akademia, 1995. 336 s.
ISBN 80-200-0525-0

MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. rozšířené vyd. Praha : Slon, 1997.
144 s. ISBN 80-85850-24-9

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 384 s.
ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi: Specifika
různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s.
ISBN 80-7367-002-x

ŘÍČAN, P. *Cesta životem: Vývojová psychologie*. 2. přeprac. vyd. Praha : Portál, 2006. 390 s.
ISBN 80-7367-124-7

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1.vyd. Praha : Slon,
2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha : Portál, 1999. 320 s.
ISBN 80-7178-274-2

VODÁKOVÁ, A. *Sociologické pojmosloví*. 2. upravené vyd. Praha: Slon, 1997. 116 s. ISBN 80-85850-03-6

ŠIKLOVÁ, J. *Deník staré paní*. 1. vyd. Praha : Kalich, 2003. 183 s. ISBN 80-7017-865-5

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. 1.vyd. Praha : Grada, 2003. 264 s. ISBN 80-247-0253-3

Seznam elektronických zdrojů

<<http://www.ageismus.cz/index.php?m=1&lang=cz>> 10.12.2007

<<http://www.mpsv.cz/cs/2856>> 18.2.2008

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_lide> 23.2.2008

<<http://au3v.vutbr.cz/zpravy.php>> 10.12.2008

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD_politika_EU> 16.1.2008

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2010>
24.3.2008

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2020>
24.3.2008

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2030>
24.3.2008

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2040>
24.3.2008

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050>
24.3.2008

<<http://forum.czechmed.cz/?q=node/446>> 10.3.2008

<[http://www.czso.cz/xj/edicniplan.nsf/t/DC002EDC67/\\$File/Narozen%C3%AD.doc](http://www.czso.cz/xj/edicniplan.nsf/t/DC002EDC67/$File/Narozen%C3%AD.doc)>
18.10.2008

<http://insoma.cz/index.php?id=1&n=1&d_1=paper&d_2=2006_10b> 10.3.2008

<<http://zdravi.foodnet.cz/doporuceni/detail/?id=1>> 10.3.2008

<<http://www.linat.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-1-2006/27643?print=on>>
18.3.2008

<<http://www.kurakovaplice.cz/>> 10.3.2008

<<http://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=5&T=253>> 6.4.2008

<<http://www.novinky.cz/clanek/43755-jirina-siklova-nepovazuju-se-za-obet-ani-za-bojovnici.html>>
6.4.2008

<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/6PSY2006_04_09.pdf> 15.3.2008

<<http://www.help24.cz/index.php?page=beckova-stupnice>> 15.3.2008

<<http://search.seznam.cz/?q=%C5%BEeb%C5%99%C3%AD%C4%8Dek+stresor%C5%AF&mod=f>>
6.4.2008

<<http://www.21stoleti.cz/view.php?cislocclanku=2005021826>> 26.3.2008

Seznam článků v periodikách

KUBÍNEK, R. Deprese seniorů. *Interní medicína pro praxi*. 2008, roč. 10, č.1, s. 36-38. ISSN 1212-7299

KŘIVÁKOVÁ, M. Biologický věk: celkový stav organismu. *Sestra*. 2006, roč. 16, č.1, s. 55. ISSN 1210-0404

SVOBODOVÁ, K. Sociálně psychologické aspekty stárnutí. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 2007, roč. 49, č. 2, s. 87-95. ISSN 0011-8265

ŠIKLOVÁ, J. Sociální gerontologie je disciplína s budoucností. *Psychologie dnes*. 2007, roč. 13, č. 1, s. 41-42. ISSN 1212-9607

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Demografický strom života v letech 2010-2050
Příloha č. 2.....	Osamocení v české populaci podle rodinného stavu
Příloha č. 3.....	Žebříček stresorů
Příloha č. 4.....	Zdravý životní styl
Příloha č. 5.....	Statistiky 2007
Příloha č. 6.....	Beckova stupnice pro hodnocení deprese
Příloha č. 7.....	Depresivní syndrom u seniorů
Příloha č. 8.....	Sociální služby, způsoby pomoci
Příloha č. 9.....	Sociální politika EU
Příloha č. 10.....	Bartelův test základních aktivit
Příloha č. 11.....	Dotazník

7 SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek č. 1.....Sedmdesátník, duševně pracující, žijící ve velkoměstě
- Obrázek č. 2..... Pohyb v přírodě pomáhá k udržení psychomotorické kondice
- Obrázek č. 3.....Aktivnímu trávení volného času dává přednost většina dotazovaných
- Obrázek č. 4.....Zejména ženám poskytuje domácí zvíře společenský kontakt
- Obrázek č. 5.....Turistika je jednou z nejoblíbenějších činností v důchodovém věku

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Demografický strom života v letech 2010-2050
Příloha č. 2.....	Osamocení v české populaci podle rodinného stavu
Příloha č. 3.....	Žebříček stresorů
Příloha č. 4.....	Zdravý životní styl
Příloha č. 5.....	Statistiky 2007
Příloha č. 6.....	Beckova stupnice pro hodnocení deprese
Příloha č. 7.....	Depresivní syndrom u seniorů
Příloha č. 8.....	Sociální služby, způsoby pomoci
Příloha č. 9.....	Sociální politika EU
Příloha č. 10.....	Bartelův test základních aktivit
Příloha č. 11.....	Dotazník

Barthelův test základních aktivit

Aktivita	Provedení činnosti	Bodové skóre
Příjem potravy a tekutin	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Trvale inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci	15
	S pomocí	5
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Pohyb po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
	S pomocí do 50 metrů	10
	Na vozíku nad 50 metrů	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Hodnocení stupně závislosti v základních aktivitách 0 - 40 bodů Totální závislost 45 - 60 bodů Závislost středního stupně 65 - 95 bodů Lehká závislost 100 bodů Nezávislost		

Beckova stupnice pro hodnocení deprese

Beckova posuzovací škála deprese je dotazník, který se vyhodnocuje 1x za týden. Ukazuje celkovou míru deprese a člověk si může sám porovnat, jak se mění intenzita jeho deprese v průběhu doby a její jednotlivé příznaky.

Je třeba označit tvrzení, které jedince nejlépe charakterizuje v konkrétní den hodnocení.

Pokud vyhovuje více tvrzení, je nutno zvolit to, které odpovídající den charakterizuje nejlépe.

- a) Cítím se zoufalý, "na dně".
- b) Nemám radost z věcí, které mě dříve těšily.
- c) Mám pocit, že druzí by na tom byli lépe, kdybych byl mrtev.
- d) Mám pocit, že nejsem užitečný, nikdo mě nepotřebuje.
- e) Pozoruji, že hubnu.
- f) V noci trpím nespavostí.
- g) Jsem nervózní a nedokážu se uklidnit.
- h) Není mi tak lehké jako dřív.
- i) Bývám unavený bez příčiny.
- j) Do budoucna se cítím bez naděje.

Žebříček stresorů

Po dlouholetém mezinárodním průzkumu vzniklo pořadí příčin stresu - stresorů (Holmsova škála). Je pouze orientační, neboť každý člověk reaguje jinak. Zde je uvedeno prvních deset ze čtyřiceti tří příčin stresu.

- 1. Smrt manžela**
- 2. Rozvod**
- 3. Manželská separace**
- 4. Pobyt ve vězení**
- 5. Smrt blízkého člena rodiny**
- 6. Úraz nebo nemoc**
- 7. Uzavření manželství**
- 8. Ztráta zaměstnání**
- 9. Odchod do důchodu**
- 10. Nemoc v rodině**

Unikátní objev se nyní povedl vědcům Dukeovy univerzity v Durhamu (USA). Odhalili hlavního viníka toho, proč stres, hněv, nepřátelství a deprese vyvolávají u jinak zdravých lidí srdeční choroby.

Za všechno může bílkovina, přesněji řečeno C reaktivní protein (CRP), jehož zvýšenou produkci způsobují právě psychické faktory. Tým vedený Edwardem Suarezem zjišťoval u 121 účastníků studie základní povahové vlastnosti. Důraz kladl na to, zda jsou vyrovnaní a pokojní, či naopak popudliví a snadno se rozčílí.

Nejde jen o aktivní gen

Následný krevní test prokázal, že téměř každá žena či muž, kteří lehce vzplanou nebo jsou neustále smutní, mají dvakrát až třikrát vyšší hladinu CRP.

Již dříve se Suarezovi podařilo stanovit, že se u této skupiny osob vyskytuje i zvýšený obsah tzv. stresového hormonu noradrenalinu. Ten působí na imunitní systém a aktivuje geny, které vyvolávají sice lehké, nicméně chronické zánětlivé procesy. Když se obě nebezpečné složky dají dohromady, onemocnění srdce (a zejména cévních stěn) na sebe nedá dlouho čekat. Navíc většinou přichází bez varovných příznaků, které na ně jinak upozorňují.

Stěží asi najdeme člověka, kterého by občas nezasáhl stres. (Slovo pochází z anglického stress = zátěž). Zнали ho už obyvatelé doby kamenné, kteří při nějaké hrozbě buď bojovali – anebo se dali na útěk. Podle nejnovějších údajů Evropské agentury pro bezpečnost a zdraví při práci trpí v zemích EU, stresem každý třetí pracující!

Lidé se často ve stresu přejídají. Z nové studie vědců z Pensylvánské státní univerzity však vyplývá, že máme tendenci konzumovat velmi sytá jídla, i když stresující podmínky pominou. Stres, zvláště dlouhodobý, si vybírá krutou daň i u nás. Nejen v podobě různých, i duševních chorob, ale útrapy dohánějí osoby se slabší vůlí až k sebevraždě. Duševní zdraví se pojí s fyzickou kondicí.

Důvodem dočasného stresu bývají i tzv. šťastné události - sňatek, těhotenství, narození dítěte, povýšení v zaměstnání, dovolená. (více ukazuje samostatná tabulka).

Určitý stupeň stresu, kdy tělo produkuje přiměřené množství adrenalinu, u mnoha lidí dokonce působí kladně na mobilizaci životních sil, o kterých do té doby ani nevěděli.

DÝCHACÍ ÚSTROJÍ

Přibývá kyslík

Zrychlování dechu, takže se do krve dostává víc kyslíku

ZAŽÍVACÍ ÚSTROJÍ

Zpomaluje se trávení

Príslušné žlázy přestávají vylučovat látky

Sníží se napětí žaludku a střev

U někoho se objeví zažívací potíže (nevolnost, nutkání na zvracení, průjem)

Ztráta chuti k jídlu či naopak silný pocit hladu :

NERVOVÁ SOUSTAVA

Zvyšuje se pohotovost

Narůstá rychlost reakcí

Vlivem endorfinů klesá citlivost na bolest. (V extrémních situacích, například při boji, může vnímání bolesti dokonce dočasně celkově zaniknout.)

MOZEK

Centrála vydává rozkazy

Aktivuje se tzv. sympatický nervový systém, který se podílí na řízení činnosti vnitřních orgánů a cév. (Je zcela nezávislý na lidské vůli.)

Důležitou roli hraje část mozku zvaná hypothalamus (součást diencefalonu – mezimozku), řídící řadu hormonálních a útrobních funkcí organismu.. Signály přicházejí do podvěsku mozkového (hypofýza). Uvolňují se nejdůležitější „stresové hormony“ (tvořené ve dřeni nadledvin) - adrenalin a noradrenalin. Jejich hladina v krvi vzrůstá až trojnásobně.

OČI

Jsou zrcadlem strachu.

Rozšiřují se zornice.

Při dlouhotrvajícím stresu se zhoršuje vidění.

SYSTÉM ROZVÁDĚJÍCÍ KREV

Posiluje svaly.

Srdce začíná bít rychleji, zvyšuje se síla smrštění.

Vzrůstá krevní tlak.

Do krve přichází mnohem více glukózy a mastných kyselin (uvolňují se z jater) jako „palivo“ pro svaly.

Narůstá srážlivost krve (v případě zranění se zmenší krvácení).

SVALY

Připravují se na boj.

Zvyšuje se prokrvení (více energetických látek a kyslíku)

Narůstá svalové napětí.

KŮŽE

Více se potíme.

Velké vylučování potu (také na dlaních); dokonce se může objevit „husí kůže“.

JINÉ PROJEVY STRESU:

Často pocit sucha v ústech.

Snížení zájmu o sex, pokles sexuální potence (spíše při dlouhotrvajícím stresu)

DEPRESIVNÍ SYNDROM U SENIORŮ, VÝZNAMNÝ A DOSUD NEDOCENĚNÝ PROBLÉM

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.¹, MUDr. Hana Vaňková², MUDr. Eva Dragomírecká³, PhDr. Hana Janečková⁴,
MUDr. Petr Veleta⁵

^{1,2,4,5}Gerontologické centrum Praha

³Psychiatrické centrum Praha

Deprese je závažným onemocněním nejen z pohledu zhoršení kvality života a zdravotního stavu individua, ale také z pohledu veřejného zdravotnictví, a to zejména v kontextu stárnutí populace. Nejčastěji se vyskytuje u seniorů v institucích. Tomu odpovídají i výsledky našeho šetření u 122 seniorů žijících v domovech důchodců pomocí 15 položkové škály deprese dle Yesavage (GDS), které potvrzují, že těžkou depresí (GDS 10/15 a více) trpí 15 % seniorů a mírnou depresí (GDS = 5–9/15) je postiženo 40 % seniorů, dalších 11 % je léčeno antidepresivy. Výskyt deprese koreluje s horším funkčním stavem a kvalitou života obyvatelů domova důchodců.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 4: 182–184

Česká republika je v rámci Evropské unie dosud relativně mladou zemí. Tato situace se však bude podstatně měnit a v polovině století bude Česká republika patřit naopak mezi země s nejstarší populací. V Evropské unii po jejím rozšíření žije v průměru 16 % seniorů. V následujících desetiletích bude evropská populace nadále stárnout, bude přibývat občanů důchodového věku a naopak ubývat počet občanů ekonomicky aktivních. Celkově tedy lze říci, že populace seniorů (65letých a starších), která představovala na přelomu tisíciletí cca 15 % evropské populace, vzroste do poloviny století na celých 30 %. Prodlužování lidského života vede ke zvyšování zdravého dožití (healthy life expectancy, HLE), které však nemusí být přímo úměrné. Lišit se může také dožití bez dysability (disability free life expectancy, DFLE), jednotlivé země se v tomto parametru mezi sebou více liší než v prostém dožití. Počet let s dysabilitou (years lived with a disability, YLD) je měřítkem zátěže dysabilitou a chronickými onemocněními, která ji způsobují.

Zatímco mezi nejčastější příčiny úmrtí patří onemocnění kardiovaskulárního systému, onkologická onemocnění a onemocnění dýchacího systému, je pořadí z hlediska DALY (disability adjusted life years) poněkud jiné a velmi významnou skupinu zde představuje problematika duševního zdraví. Dále jsou významné smyslové poruchy (zhoršení zraku a sluchu). Ve skupině lidí šedesátiletých a starších pak představují největší zátěž nemoci (měřeno DALY) kardiovaskulární, onkologická a neuropsychiatrická onemocnění. Duševní onemocnění představují významnou zátěž pro zdravotnické systémy. Nejzávažnějším duševním onemocněním, které postihuje starší občany, je Alzheimerova choroba, jejíž významným rizikovým faktorem je právě lidský věk. Dalším významným duševním problémem je depre-

se, již například ve Velké Británii trpí každý sedmý senior. Ve vyšších věkových skupinách je deprese často nedostatečně diagnostikována, zejména pak u lidí žijících v institucích. Do roku 2020 se pravděpodobně stane deprese druhou nejvýznamnější příčinou ztracených let v důsledku dysability (DALY), větší význam v tomto ohledu bude mít pravděpodobně jen ischemická choroba srdeční (5).

Deprese je tedy závažným fenoménem, a to jak z hlediska individuálního zdraví a kvality života, tak i z pohledu veřejného zdravotnictví. Jedná se o onemocnění, které je léčitelné, avšak podmínek léčby v individuálním případě je stanovení správné diagnózy. Nutnou podmínkou, aby se výše uvedená prognóza nestala během několika málo let skutečností, je zvýšení informovanosti o této problematice, a to jak u odborné, tak u laické veřejnosti. První výsledky našeho šetření tuto potřebu potvrzují.

Vlastní šetření

V současné době se zabýváme výzkumem vlivu taneční a reminiscenční terapie na kvalitu života a zdraví seniorů v institucích. Jedním z aspektů, které v rámci tohoto výzkumu sledujeme, je depresivita. Zajímalo nás, jaký je výskyt depresivity mezi seniory žijícími v domovech důchodců a nakolik zvýšená depresivita ovlivňuje kvalitu jejich života. Analyzovali jsme vztah depresivity k sociodemografickým charakteristikám s cílem popsat, kdo je v domovech důchodců (dále DD) nejvíce ohrožen depresí. Uvádíme také vztah depresivity k ukazatelům funkční způsobilosti. Předmětem našeho zájmu je i otázka, do jaké míry jsou u seniorů s depresivitou nasazována antidepresiva.

Soubor

Do zpracování byla zařazena data od 122 osob (102 žen a 20 mužů) žijících v 6 domovech důchodců

na území Čech. Použili jsme data z výzkumu, jehož cílem je dlouhodobé sledování efektu reminiscenčního a tanečního programu v domovech důchodců. Pro toto sdělení jsme zpracovali údaje ze vstupního vyšetření obou souborů. Průměrný věk byl 81 let (v rozsahu od 63 do 96 let). Pouze 12 % osob žilo s partnerem, 12 % bylo rozvedených, 5 % svobodných a 71 % ovdovělých.

Instrumenty

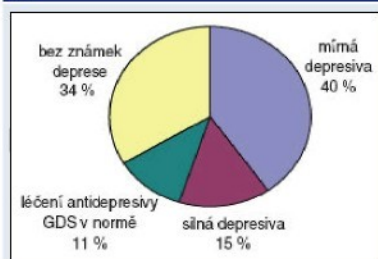
- WHOQOL-OLD – 33 položek hodnotících spokojenost a kvalitu života v šesti oblastech (smysl, nezávislost, kontinuita, sociální zapojení, smrt, intimita) pro starší populaci
- WHOQOL-Bref – 26 položek spokojenosti a kvality života ve 4 oblastech (zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) + 2 samostatné otázky
- EAAQ (dotazník postojů ke stárání a stárnutí) – 38 položek; obecné postoje a vlastní zkušenosti
- GDS (geriatrická škála deprese -15, Shloka a Yesavage) – 15 položek, 0–4 norma, 5–9 mírná depresivita, 10+ silná depresivita
- formulář pro sociodemografické údaje, farmakologická anamnéza
- MMSE, ADL, IADL, GET UP test (pohyblivost, rozsah 0–12 bodů).

Výsledky

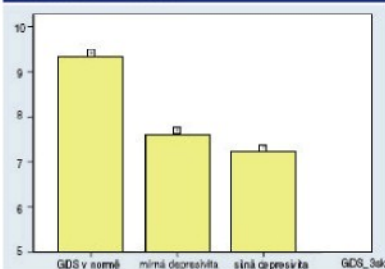
Mírná depresivita byla zjištěna u 40 % členů souboru, silná depresivita u 15 %, bez známek deprese bylo 34 %. U zbývajících 11 % bylo zjištěno skóre depresivity odpovídající normě, avšak tyto seniři byli aktuálně léčeni antidepresivy. Lze u nich tedy předpokládat diagnózu deprese, avšak s příznaky kontrolovanými léčbou (pomineme-li méně obvyklé indikace antidepresiv).

Depresivita nesouvisela s pohlavím ani s věkem, byla významně vyšší u bezdětných osob bez partnera.

Graf 1. Výskyt depresivity v souboru obyvatel DD



Graf 2. GETUP skóre



Ti, kteří vykazovali vysoký stupeň depresivity, hůře hodnotili svůj zdravotní stav a pohyblivost, významně častěji také udávali bolest. Častěji projevovali nechuf k volnočasovým aktivitám. Osoby se zvýšenou depresivitou měly zároveň horší výsledky při vyšetření funkční způsobilosti a soběstačnosti (get up skóre, ADL, IADL) a dosahovaly nižší kvality života téměř ve všech zjišťovaných oblastech.

Antidepresivy bylo léčeno pouze 44 % seniorů vykazujících silnou depresivitu dle GDS a 16 % seniorů s mírnými a středně silnými depresivními příznaky. Nejčastěji byla používána SSRI, u 19 % léčených seniorů byla použita antidepresiva I. generace.

Charakteristika souboru se silnou depresivitou (GDS 10 a více)

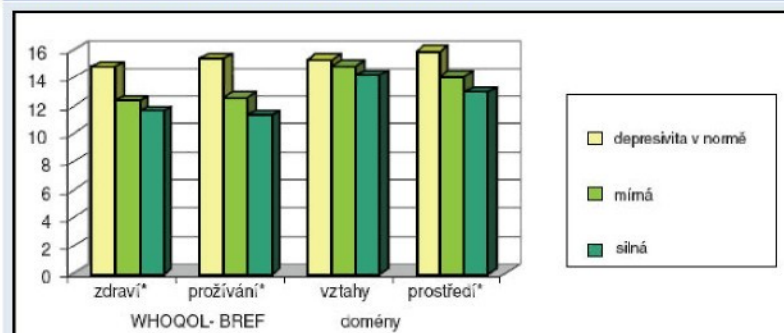
N = 18 (15 % z našeho souboru). Bylo to 15 žen a 3 muži, což odpovídá celkovému podílu žen a mužů v souboru.

Byli rozvedeni nebo ovdověli, nikdo nežil s partnerem. Měli nižší vzdělání (většina jen ZŠ). Významně častěji neměli děti v porovnání s těmi, jejichž skóre depresivity bylo v normě. Významně častěji také neměli vnoučata.

Jen pětina hodnotila své zdraví jako dobré, hodnotili také hůře svou kvalitu života.

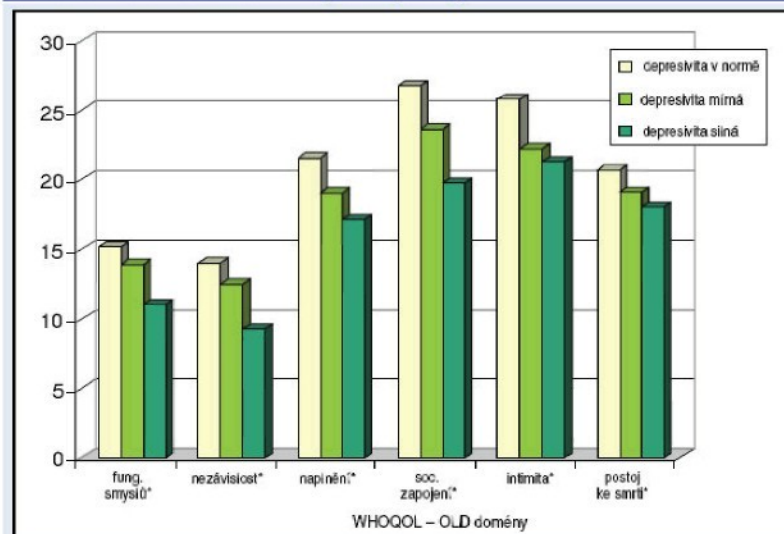
Neliší se věkem od ostatních – průměrný věk byl 83 let, rozsah od 64 do 96 let. Průměrný MMSE byl 21,33 (osoby bez depresivity 24,69), rozdíl ale není statisticky významný. Ostatní ukazatele funkční způsobilosti jako ADL skóre, IADL skóre a GETUP

Graf 3a. Průměrné skóre WHOQOL-BREF podle depresivity



Komentář: 4 oblasti dotazníku WHOQOL-BREF. Rozdíly jsou statisticky významné (tj. kvalita života významně nižší u depresivních) pro všechny tři oblasti kromě oblasti sociálních vztahů. Oblasti s významnými rozdíly jsou označeny hvězdičkou.

Graf 3b. Průměrné skóre WHOQOL-OLD podle depresivity



Komentář: Kvalita života klesá s přibývajícím stupněm depresivity ve všech doménách dle dotazníku WHOQOL-OLD (dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace pro seniory). Rozdíly ve všech oblastech jsou statisticky významné. Statistická významnost je naznačena hvězdičkou.

skóre byly u silně depresivních významně nižší než u osob v normě nebo s mírnou depresivitou.

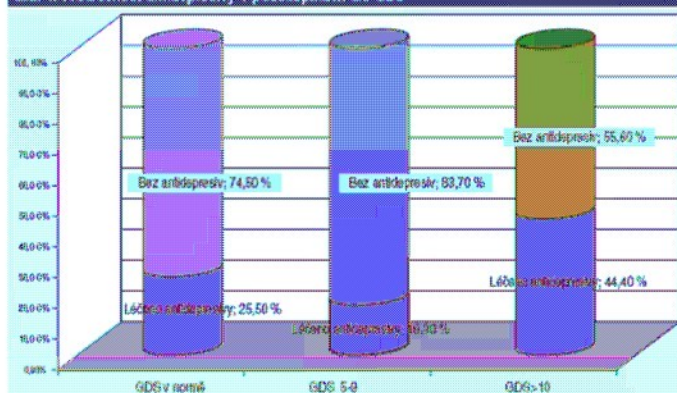
V následujících 3 měsících se jeden muž z tohoto souboru pokusil o suicidium.

Diskuze

Studie zahrnuje obyvatele standardních oddělení DD i oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí včetně klientů s mírným a středním stupněm demence a klientů upoutaných na invalidní vozík. Do studie však, vzhledem k jejímu zaměření, nebyli zařazeni trvale ležící obyvatelé DD, jejichž podíl na skladbě obyvatel kolísá v jednotlivých DD od 5 % do 20 %.

Vzhledem k tomu, že dle našich výsledků i dostupné literatury depresivita roste s klesajícím ADL, lze předpokládat, že prevalence deprese mezi obyvateli DD trvale upoutanými na lůžko bude ještě vyšší než v našem souboru. Současně lze předpokládat vyšší výskyt depresivity také mezi obyvateli, kteří odmítli vstoupit do studie. Tito tvořili 20 % z oslovených. Souhrnně lze tedy říci, že výskyt depresivity v našem souboru je vysoký a celková prevalence deprese u obyvatel DD je velmi pravděpodobně ještě vyšší. Pro srovnání: studie E. Topinkové a J. Neuwirtha uvádí prevalenci depresivního syndromu diagnostikovaného dle MKN 10 v DD 50,6 % (10), současná

Graf 4. Proléčenost antidepresiv v podskupinách dle GDS



Komentář: Více než polovina seniorů vykazujících silnou depresi dle GDS a většina seniorů s mírnými a středně silnými depresivními příznaky není léčena antidepresivy.

velká australská studie uvádí 18% prevalenci velké deprese a 10% prevalenci jiné depresivní poruchy diagnostikované dle MKN IV (2, 3).

Věk a ženské pohlaví jsou často uváděny jako rizikové faktory deprese (4, 8). U tohoto souboru osob žijících v DD se to neukazuje – GDS se neliší u žen a mužů, ani nestoupá s věkem. Ke stejnému výsledku – tedy nezávislosti výskytu deprese na věku a pohlaví – došli i jiné studie prevalence deprese v domovech důchodců (2, 3, 10). Možným vysvětlením je, že GDS závisí především na zdravotním stavu (který se zhoršuje s věkem a bývá horší u žen). Mladší osoby jsou v DD zřejmě kvůli svému špatnému zdravotnímu stavu, a proto napozorujeme vztah GDS k věku.

Nízká proléčenost antidepresiv u seniorů vykazujících depresivní příznaky je zarážející. Souvisí jistě s často konstatovaným faktem, že deprese ve stáří bývá často přehlédnuta a nedagnostikována. O farmakoepidemiologii antidepresiv v seniorské populaci ČR není mnoho dostupných údajů. Škála GDS, použitá v této studii, je screeningovým nástrojem s velmi dobrou výpovědní hodnotou. Pro diagnózu velké deprese/ těžké depresivní epizody dle MKN 10 má dle studií škála GDS-15 od skóre 5 a více bodů senzitivitu 93% a specifitu 65%, již pro „cut off“ 6 a více bodů je specifita 78% (1). V případě skóre depresivní mezi 5 a 9 je diagnóza a eventuelní léčba větší podrobného vyšetření a individuálního přístupu.

stupu. Avšak v případě skóre nad 10 je diagnóza deprese a vhodnost indikace antidepresiv velmi pravděpodobná. Velký podíl neléčených seniorů s vysokým skórem depresivní ověřil pro potřebu zlepšení diagnostiky a léčby deprese u této skupiny seniorů.

Závěr

Mírná depresivita byla zjištěna u 40% členů souboru, silná depresivita u 15%, bez známek deprese bylo 34%. U zbývajících 11% bylo zjištěno skóre depresivní odpovídající normě, avšak tyto seniři byli aktuálně léčeni antidepresivy. Přítomnost deprese významně negativně ovlivňovala kvalitu života seniorů. Více než polovina seniorů vykazujících silnou depresi dle GDS nebyla léčena antidepresivy.

Deprese u seniorů žijících v domovech důchodců je závažný aktuální problém. Na základě těchto výsledků považujeme za potřebný další výzkum, který by se mohl stát podkladem pro zlepšení diagnostiky deprese u této skupiny a její odpovídající terapii. Přestože sledování depresivní není primárním cílem našich studií, považujeme za nutné tyto výsledky zveřejnit, abychom tak upozornili na závažnost tohoto problému a potřebu věnovat mu větší pozornost také v praxi.

Tato práce vznikla v rámci grantu IGA MZČR NR 8488-3, NR 8488-3.

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
Gerontologické centrum Praha
Šimůnkova 1800, 182 00 Praha 8
e-mail: holmerova@gerontocentrum.cz

Literatura

1. Almeida OP, Almeida SA. Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999 Oct; 14(10): 859–65.
2. Davidson TE, Miles K, Phillips R, Bailey FJ. Recognising and screening for depression among older people living in residential care 2004. www.beyondblue.org.au.
3. Davidson S, Kontess S, O'Connor D, Lidolat M. Final Report 2005: Recognising and screening for depression among older people living in residential care. www.beyondblue.org.au.
4. Gostynski M, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, Michel JP, Hermann F. Depression among the elderly in Switzerland. *Nervenarzt*. 2002 Sep; 73(9): 851–60.
5. Grammenos S. Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care. *CESEF*. 2005.
6. Gruber-Badini AL, Zimmerman S, Boustani M, Watson LC, Williams CS, Reed PS. Characteristics associated with depression in long-term care residents with dementia. *Gerontologist*. 2005 Oct; 45 Suppl No 1(1): 50–5.
7. Houn R, Burckart M, Moller W, Beck P (1999). Internal and external validity of the WHO Well-Being Scale in the elderly population. *Acta Psychiatr Scand*. 99: 171–178.
8. Lapine JP, Bouchez S. Epidemiology of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacol*. 1998 Sep; 13 Suppl 5: 57–12.
9. Sheikh J, Yesavage J. (1985). Geriatric Depression Scale: recent findings and development of a short version. In: *Brink, T. (Ed) Clinical Gerontology: a guide to assessment and intervention*. NY: Haworth Press.
10. Topinková E, Neuwirth J. Depresivní syndrom u geriatrických pacientů v ústavní péči. *Čas. a sloves. Psychiat.*, Roč. 93, 5. 4 (1997), s. 191–198.
11. Valiant GE, Mukamel K (2001). Successful Aging. *Am J Psychiatry*. 158: 839–847.

Sociální služby, způsoby pomoci

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Cílem služeb bývá mimo jiné

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

Sociálně zdravotní služby

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

Sociální rehabilitace

Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb.

Osobní asistence

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám s nezaopatřenými dětmi v hmotné nouzi, rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje¹⁾ a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Centra denních služeb

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Stacionáře denní a týdenní

Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Telefonická krizová intervence

Telefonická krizová intervence je soubor metod a technik krizové práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující, založený na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu tohoto klienta s pracovištěm telefonické krizové intervence.

Sociální služby - poskytovatelé a dostupnost

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem - umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od **1.1. 2007**, poskytovány:

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu,
- osobě, které byl udělen azyl,
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie,
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

Vybrané typy sociálních služeb (azylové domy, kontaktní centra, noclehárny, terénní programy) jsou poskytovány také osobám legálně pobývajícím na území České republiky.

Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba.

Žádost o sociální službu

O sociální službu musí člověk obvykle sám požádat. U některých typů sociálních služeb vydávají **obce a kraje** rozhodnutí o poskytnutí služby, a to ve správním řízení. Jedná se zejména o pečovatelskou službu a pobytové služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Pokud službu poskytuje **nestátní nezisková organizace**, uzavírá její uživatel s poskytovatelem smlouvu. V rozhodnutí, respektive smlouvě je také stanovena finanční spoluúčast uživatele na poskytování služby.

Zajištění kvality sociálních služeb Sociální služby a MPSV

Hlavním úkolem MPSV je příprava dlouhodobých systémových opatření a příslušných právních předpisů a podpora rozvoje kvality poskytovaných sociálních služeb. Jde například o podporu:

- plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích opírající se o zjištěné potřeby lidí
- zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb
- občanských a svépomocných aktivit, tj. neziskového sektoru

Zvyšování odbornosti a kvality sociálních služeb

Se vstupem ČR do EU se i pro tento systém otevřela příležitost využít tzv. "**strukturální pomoc**". MPSV zajišťuje čerpání prostředků z **Evropského sociálního fondu**.

V sociální oblasti mají samospráva (obce, kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace možnost čerpat finanční prostředky na:

- vzdělávání svých zaměstnanců s cílem posílit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb
- podporu a pomoc skupinám ohroženým sociálním vyloučením - jedná se například o příslušníky romské komunity, oběti trestné činnosti, osoby komerčně zneužívané, osoby bez přístřeší apod.

Sociální politika Evropské unie

Sociální politika Evropské unie je součástí prvního pilíře EU. Systémy sociálního zabezpečení jsou v členských zemích Evropské unie značně rozrůzněné: severské země kladou důraz na vysokou odpovědnost státu vůči občanům, naproti tomu Velká Británie je zastáncem liberálního modelu založeného na osobní odpovědnosti.

Ambicemi Evropské unie není sjednocovat tyto rozdílné systémy, ale spíše podporovat cíle, jichž chtějí dosáhnout: vyšší zaměstnanost, rovnější postavení mužů a žen na trhu práce, podpora vzdělávání, rozvoj kvalifikace pracovníků apod.

Pro tyto účely byl vytvořen **Evropský sociální fond (ESF)**, z něhož mohou členské státy čerpat finanční prostředky na financování svých programů v sociální oblasti.

Politika Evropské unie – "Tři pilíře"

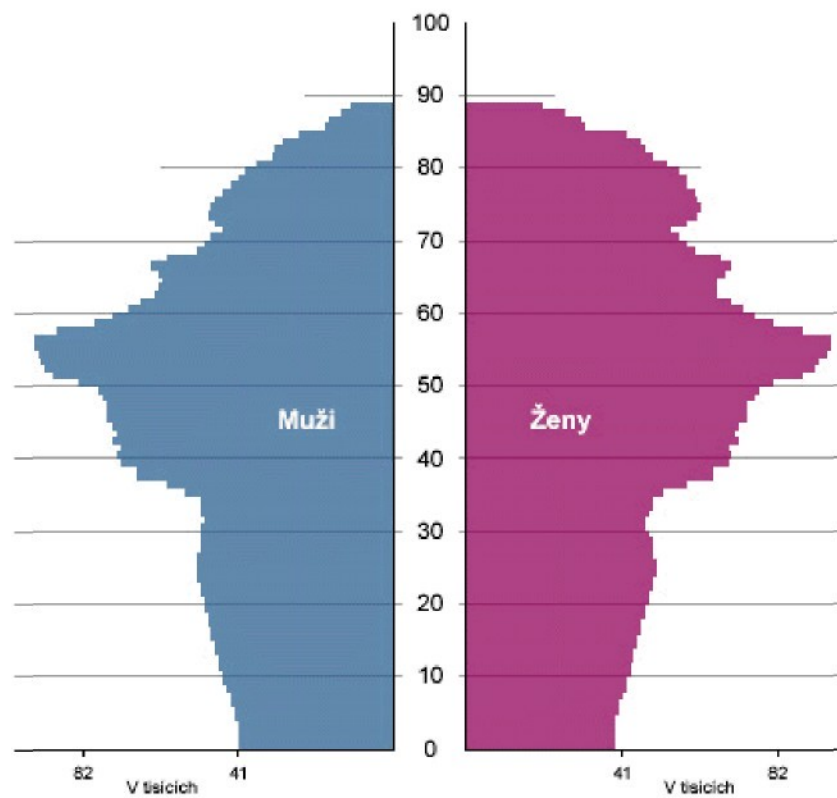
I. Evropské společenství	II. Společná zahraniční a bezpečnostní politika	III. Policejní a justiční spolupráce
• Společná zemědělská politika • Hospodářská a měnová unie • Celní unie a Společný trh • Společná obchodní politika • Regionální a strukturální politika • Dopravní politika • Sociální politika • Schengenský prostor • Občanství EU • Vědecko-výzkumná politika • Politika hospodářské soutěže • Ekologická politika • Politika ochrany spotřebitele • Vzdělání a kultura • Společná rybolovná politika • Azylová a přistěhovalecká politika	Zahraniční politika: • Spolupráce v zahraniční politice • Dodržování míru • Volební pozorovatelé • Lidská práva • Demokracie • Rozvojová pomoc Bezpečnostní politika: • Evropská bezpečnostní politika • Evropské síly rychlé reakce • Odzbrojování	• Pašování drog a obchod se zbraněmi • Obchod s lidmi • Terorismus • Zločiny proti dětem • Organizovaný zločin • Korupce

<http://cs.wikipedia.org/wiki/socio%20a%20politika_EU>

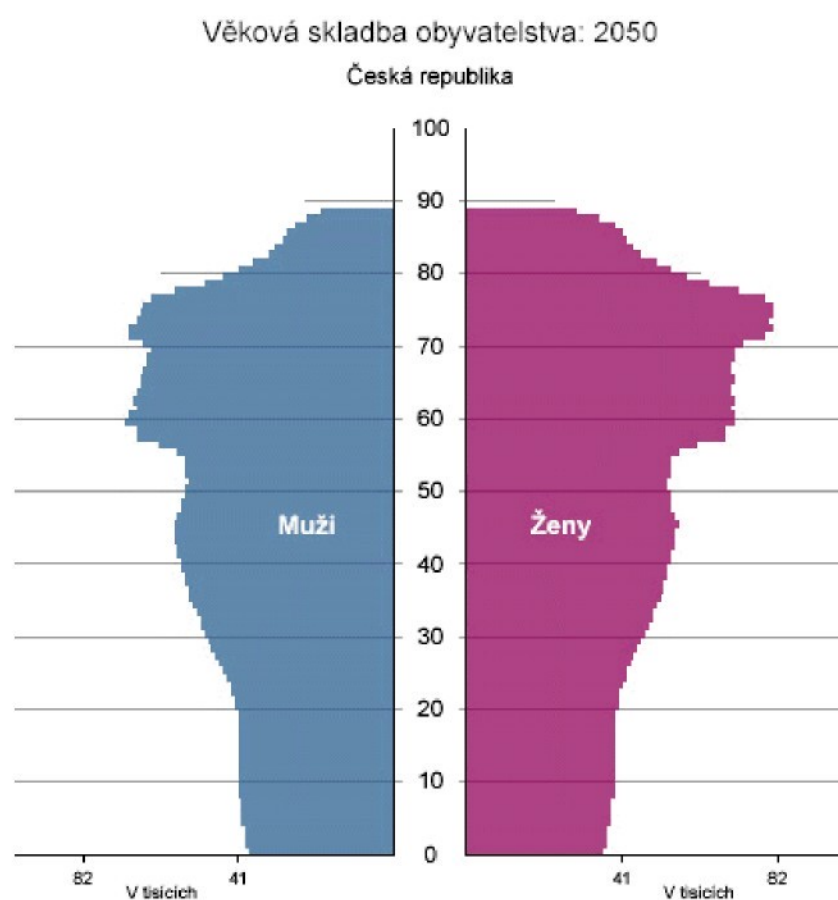
Kategorie: Evropská unie. Sociální politika 16.1.2008

Věková skladba obyvatelstva: 2030

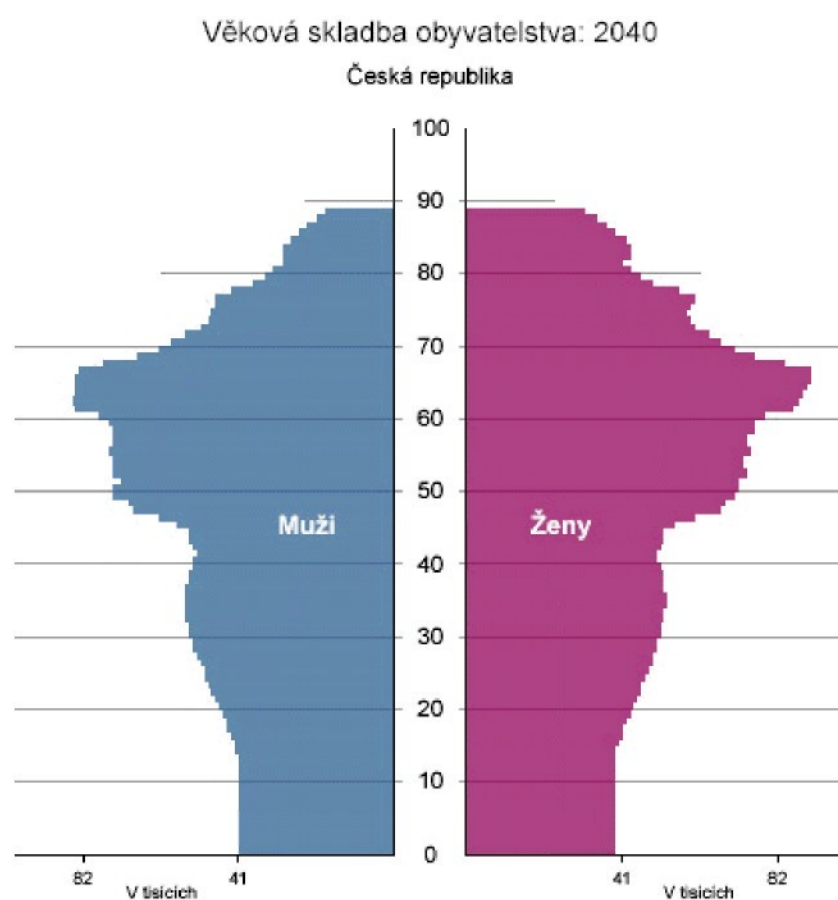
Česká republika



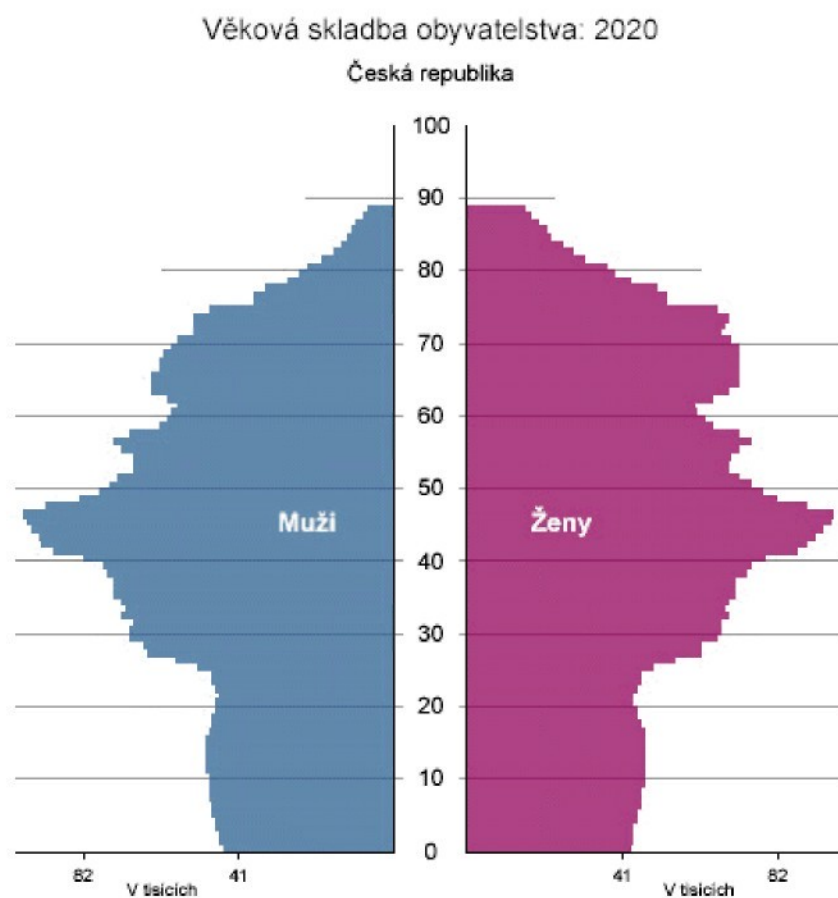
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2030>
24.3.2008



<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050>
24.3.2008

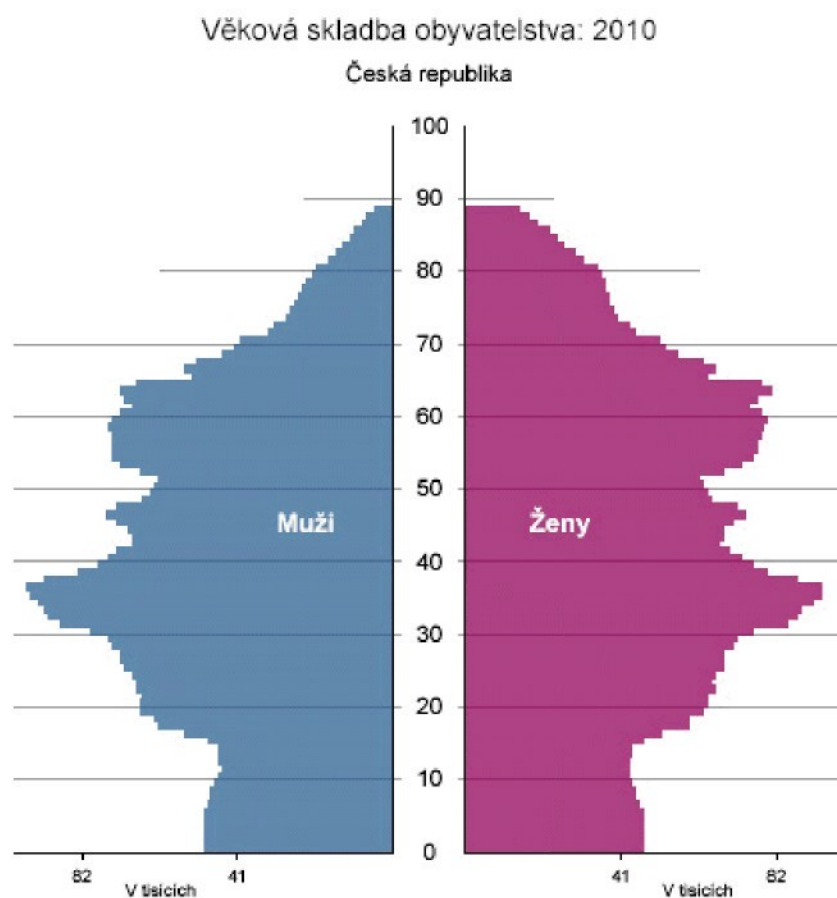


<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2040>
24.3.2008



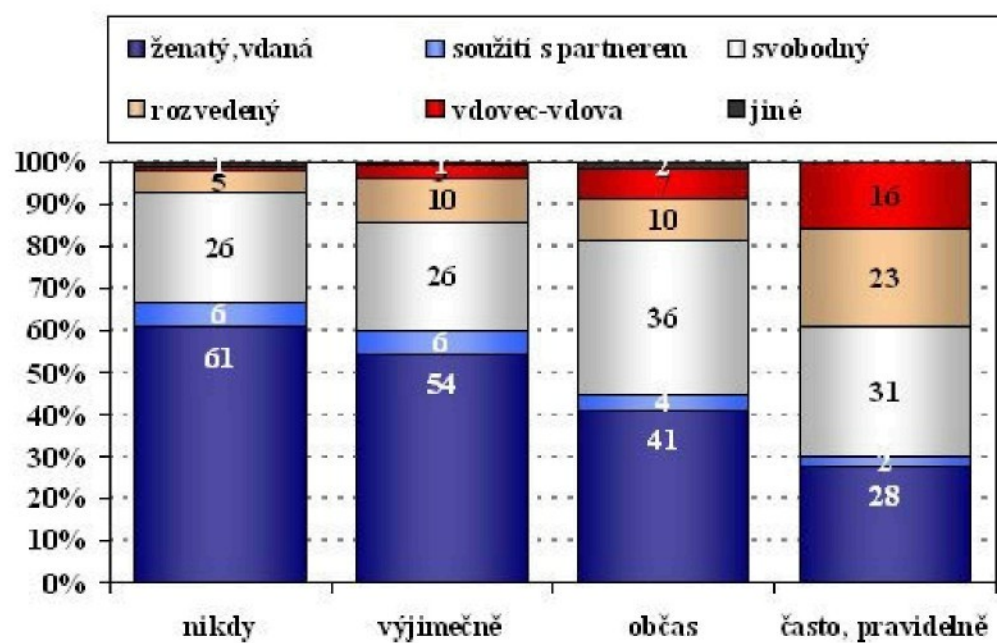
<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2020>
24.3.2008

Závěr z výsledků sčítání lidu 2001, týkající se věkové struktury obyvatelstva České republiky je jednoznačný: Česká republika stárne a její stárnutí se urychlilo. Vzhledem k nepravidelnostem věkové struktury obyvatelstva se stárnutí v posledních desetiletích 20. století neprojevovalo bezprostředně ve vzrůstajícím počtu starých lidí, proto jeho vliv nebyl příliš pocíťován. Již v prvních dekádách 21. století se však počet starých lidí výrazně zvýší, čím důrazně zesílí nároky na důchodový, sociální a zdravotní systém. Tato perspektiva je zatím zastřena dočasnými výhodami současné věkové struktury s vysokým podílem mladých lidí a krátkodobě stagnujícím počtem osob ve vysokém věku. Již v nejbližší budoucnosti se však populační stárnutí stane zásadním sociálním i ekonomickým problémem České republiky.



<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2010>
24.3.2008

Osamocení v české populaci podle rodinného stavu (v %)



Klíčové faktory zdravé stravy

Úvod

Téměř každý den jsme doslova bombardováni informacemi o výživě a zdraví a konfrontováni s nekonečnými obavami o vyvážený životní styl a stravu. Zdravá strava a zdravý životní styl se odráží nejenom na našem vzhledu, ale také na tom, jak se cítíme a jaká je celková kvalita našeho života. Správné rozhodnutí ohledně životního stylu, který kombinuje správnou stravu s pravidelným cvičením, nám umožní prožít náš život naplno. Prozíravý výběr potravin v dospívání i v dospělém věku může navíc snížit riziko výskytu určitých onemocnění, jako je obezita, infarkt, hypertenze, cukrovka, určité typy rakoviny a osteoporóza.

Klíčové faktory zdravé stravy. Jezte pestrou stravu

Tento koncept patří mezi nejkonzistentnější stravovací doporučení na světě. Pro udržení dobrého zdravotního stavu potřebujeme více než 40 různých nutričních látek a žádná potravina nemůže sama o sobě zajistit příjem všech těchto látek. Právě proto je nezbytné konzumovat pestrou stravu (obsahující ovoce, zeleninu, cereálie, obilniny, maso, ryby, drůbež, mléčné výrobky a tuky a oleje) a uvědomovat si, že každá potravina může být součástí zdravé stravy. Existují studie, které dokazují pozitivní vliv pestré stravy na délku života. V každém případě platí, že variabilita ve stravování zvyšuje užitek z jídla.

Jezte pravidelně

Jídlo nám bezesporu skýtá užitek a radost a proto je důležité si na ně najít dostatečný čas. Plánování jídla navíc zamezí vynechávání hlavních denních jídel, což často vede k nedostatečnému příjmu některých nutričních látek. Dodržování určité pravidelnosti je proto důležité zejména pro děti školního věku, adolescenty a starší osoby.

Zvláště důležitá je snídaně, protože poskytuje energii, která tělo nastartuje po celonočním půstu. Snídaně také dle všeho pomáhá udržovat stálou váhu. Společné jídlo navíc poskytuje možnost rozvoje sociálních a rodinných vztahů. Ať už jde o tři vydatná jídla denně, nebo šest menších porcí či svačin, každé jídlo může být součástí zdravé a chutné stravy.

Vyváženost a střídmost

Vyváženost ve stravě znamená dostatečný, ale ne přehnaný příjem všech výživných látek. Pokud jsou porce přiměřené, není nutné vyhýbat se oblíbeným jídlům či potravinám. Neexistují "dobré" nebo "špatné" potraviny, pouze dobrá nebo špatná strava. Při dodržování principu vyváženosti a střídmosti může každá potravina tvořit součást zdravého životního stylu.

Při přiměřeném příjmu potravy je udržován pod kontrolou energetický příjem (kalorie) a nedochází k přejídání se určitým jedním typem potravin. Pokud si například dopřejete svačinu s vysokým obsahem tuku, měli byste při dalším jídle sáhnout po potravině s nižším

obsahem tuku. Příkladem vhodně zvoleného jídla včetně velikosti porcí může být například 75-100 gramů (asi tak na velikost dlaně) masa, středně velký kousek ovoce, půl hrnku syrových těstovin nebo jedna naběračka zmrzliny (50g). Hotová kupovaná jídla obvykle představují praktickou možnost kontroly velikosti porcí a většinou mají vyznačený energetický obsah (kalorie) na obalu.

Udržujte si zdravou tělesnou váhu a mějte radost ze života

Určení zdravé váhy může být odlišné pro různé osoby a závisí na mnoha faktorech, včetně pohlaví, výšky, věku a vrozených dispozicí.

Pokud je v nerovnováze příjem a výdej energie, resp. pokud příjem převažuje nad výdejem, dochází k tvorbě přebytečného tělesného tuku. Tyto nadbytečné kalorie mohou pocházet ze všech výživných látek - tj. z bílkovin, tuku, karbohydrátů nebo alkoholu. Nejkoncentrovanějším zdrojem kalorií je tuk.

Dobrym způsobem, jak zvýšit výdej energie (kalorií) je fyzická aktivita, která také zvyšuje pocit fyzické i duševní pohody. Je to jednoduché: pokud začnete přibírat na váze, jezte méně a buďte aktivnější.

Nezapomínejte na ovoce a zeleninu

Velké množství Evropanů nedodržuje doporučený příjem alespoň pěti porcí ovoce a zeleniny za den. Četné studie dokazují, že příjem ovoce a zeleniny má vliv na snížení rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění a určitých druhů rakoviny. Vyšší příjem těchto potravin má také pozitivní vliv na snížení tlaku krve. Navíc, v příjmu ovoce a zejména zeleniny není nutné se nijak zásadně omezovat, protože jsou dobrým zdrojem potřebných nutrientů a většinou mají malý obsah tuku a kalorií.

Za základ svojí stravy zvolte potraviny bohaté na sacharidy

Většina expertů na výživu doporučuje stravu založenou na denním příjmu kalorií, který je alespoň z 55% tvořen sacharidy. To v praxi znamená, že více než polovina Vašeho denního příjmu by se měla skládat ze sacharidových jídel jako jsou obilniny, luštěniny, fazole, ovoce, zelenina a cukr. Pro zvýšený příjem vlákniny zvolte celozrnnou formu chleba, těstovin, případně dalších obilnin.

Ačkoliv tělo zpracovává sacharidy rovnocenným způsobem, nehledě na jejich původ, běžně se sacharidy rozdělují na "komplexní" a "jednoduché". Komplexní sacharidy rostlinného původu se nazývají škroby a vlákniny a jsou obsaženy například v obilných zrnech, zelenině, chlebu, semenech, luštěninách a fazolích. Tyto sacharidy jsou složeny z dlouhých vláken jednoduchých cukrů, které jsou spojeny k sobě.

Jednoduché sacharidy (často nazývané jednoduše cukry) se nacházejí například v rafinovaném cukru, ovoci, sladkostech, marmeládách, nealkoholických nápojích, ovocných džusech, medu, želé a sirupech. Oba typy sacharidů, tedy jak komplexní, tak jednoduché dodávají stejné množství energie (4 kalorie na gram).

Pijte dostatečné množství tekutin

Dospělá osoba by měla vypít alespoň 1,5 litru tekutin denně. Toto doporučení se zvyšuje v horkém období nebo pro fyzicky aktivnější osoby. Čistá voda je dobrým zdrojem tekutin, ale existují i jiné, příjemnější a přitom zdravé možnosti. K doplnění tekutin si můžete vybrat z nabídky džusů, nealko nápojů, čaje nebo mléka.

Tuky s mírou

Tuk je složkou potravy, která je nezbytná pro dobrý zdravotní stav. Tuky jsou zdrojem energie, a umožňují absorpci, cirkulaci a ukládání v tukích rozpustných vitamínů A, D, E a K. Tuk obsažený v potravinách zajišťuje příjem esenciálních mastných kyselin, které si tělo nedokáže samo vytvořit. Například ryby s vysokým obsahem tuku nebo rybí tuk samotný jsou bohatým zdrojem omega-3 polynenasycených mastných kyselin.

Na druhou stranu vysoký obsah tuků ve stravě, zejména nasycených tuků, může mít nepříznivý vliv na zdraví a může se projevit nadváhou, vysokým obsahem cholesterolu a zvýšeným rizikem srdečních onemocnění a rakoviny.

Jedním z nejlepších doporučení pro zdravou stravu je omezení (nikoliv úplné vyloučení!) tuků, zejména nasycených. Podle většiny doporučení by energie pocházející z tuků měla tvořit méně než 30% celkového denního příjmu energie a pouze 10% z nasycených tuků.

Udržujte si v rovnováze příjem soli

Sůl (NaCl) je tvořena sodíkem a chlorem. Sodík je živina, která je přirozeně obsažena v mnoha potravinách. Sodík a chlor plní důležitou roli při udržování rovnováhy tělesných tekutin a při regulaci krevního tlaku.

Většina lidí přebytečný sodík vyloučí. Nicméně u některých jedinců může nadbytek sodíku vyvolat zvýšení krevního tlaku. Proto u osob citlivých na sůl může snížení obsahu soli ve stravě vést ke snížení rizika vzniku vysokého tlaku.

Začněte dnes a postupně přistupujte ke změnám

Pokud budete ke změnám přistupovat postupně, bude jednodušší si na tyto změny zvyknout a dodržovat je. Dobrým příkladem postupně změny může být například konzumace jedné porce ovoce nebo zeleniny za den navíc, redukce porcí nebo používání schodů místo výtahu

Proč je fyzická aktivita tak důležitá?

Doporučení zvýšit úroveň fyzické aktivity bezpochyby patří k základním doporučením pro udržení zdravého životního stylu, protože pohyb má nejen vliv na udržení energetické rovnováhy, ale snižuje i riziko vzniku civilizačních chorob. V posledních letech se objevilo mnoho prací, které vysvětlují pozitivní vliv mírné fyzické aktivity na zdraví člověka. Tyto práce udávají, že alespoň 30 minut fyzické aktivity denně snižuje riziko vzniku obezity, onemocnění srdce, cukrovky, hypertenze, rakoviny tlustého střeva, tj. nemocí, které výrazně přispívají k úmrtnosti Evropanů. Navíc u dětí i dospělých napomáhá pohyb zvýšení celkové ohebnosti těla, aerobní vytrvalosti, pohyblivosti a koordinace, posiluje svaly a kosti, snižuje

úroveň tuku v těle a krvi, snižuje tlak krve a u žen zmírňuje riziko vzniku zlomenin kyčle. Díky pohybu se budete cítit lépe nejen fyzicky, ale i psychicky. Potřeba zvýšit úroveň pohybu platí pro všechny věkové kategorie. Pro dospělého člověka se doporučuje alespoň 30 minut fyzické aktivity denně.

Kdo je zodpovědný za propagaci zdravého životního stylu?

Na propagaci zdravé stravy a zdravé úrovně fyzické aktivity by se měla podílet celá řada institucí, vládou a odborníky na výživu počínaje, přes potravinářský průmysl a média až po samotné spotřebitele. Podpora zdravé stravy s nízkým obsahem tuku a vysokým podílem sacharidů, čerstvého ovoce a zeleniny, podepřená pravidelnou dávkou fyzické aktivity je komplexní úkol, při kterém je třeba vzájemná podpora zmíněných institucí. A je to sám spotřebitel, který si vybírá potraviny a tento výběr je ovlivněn celou řadou faktorů jako je např. kvalita, cena, chuť, tradice, dostupnost, pohodlí. Výchova spotřebitelů, vývoj a implementace nutričních doporučení, nutriční značení, nutriční výchova ve školách a více možností pro fyzickou aktivitu - to všechno jsou nástroje, které mohou pomoci zlepšení životního stylu a zvýšení pocitu duševní i fyzické pohody.

Seznam použité literatury: 1. Food and Agriculture Organisation of the United Nations (1997). Getting the best from your food. Rome.
2. Hu, F. B.; Rimm, E. B.; Stampfer, M.J., Ascherio, A., Spiegelman, D., Willet, W.C., (2000). Prospective study of major dietary patterns and risk of coronary heart disease in man. American Journal of Clinical Nutrition, 72:912-921.
3. Johnson, R. K. (2000). The 2000 Dietary Guidelines for Americans: foundation of US nutrition policy. British Nutrition Foundation Bulletin, 25:241-248.
4. Office of Population Censuses and Surveys (1994). General Household Survey. HMSO, London.
5. Richardson, D. P. (2000). The science behind wholegrain and the reduced risk of heart disease and cancer. British Nutrition Foundation Bulletin, 25:353-360.
6. Stamler, J.; Neaton, J. D. and Wentworth, D. N. (1989). Blood pressure (systolic and diastolic) and risk of fatal coronary heart disease. Hypertension, 13(suppl. 5):2-12.
7. World Health Organisation (1989). MONICA Project: risk factors. International Journal of Epidemiology, 18(suppl. 1):S46-S55.
8. World Health Organisation (1995). Epidemiology and prevention of cardiovascular diseases in elderly people. WHO Technical Report Series 853, Geneva.
9. World Health Organisation (1996). Hypertension Control. WHO Technical Report Series 862, Geneva.

Přeloženo Potravinářskou komorou ČR z materiálů Evropské rady potravinářských informací EUFIC (European Food Information Council)

Kouření

Definice kouření

- Kouření – vdechování tabákového kouře, jímž se do organismu dostává více než 2000 různých chemických látek schopných dalších reakcí, které mají mnohdy významné účinky na lidský organismus
- Kuřáctví je zařazeno jako nemoc a jeho diagnóza je pod číslem F-17 (drogová závislost)
- Tabákový kouř vzniká nedokonalým spalováním tabáku
- 31.květen je světový den nekouření

Statistiky 2007: V ČR kouří 2.300.000 osob, polovina z toho jsou děti do 18let. Ročně u nás na nemoci z kouření umírá 18.000 lidí, z toho 8.000 na nádorová onemocnění, 7.000 na nemoci srdce a cév. Na prvním obrázku je zdravá plicе na druhém obrázku plicе prokouřená.



7 SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obrázek č. 1.....Sedmdesátník, duševně pracující, žijící ve velkoměstě
- Obrázek č. 2.....Pohyb v přírodě pomáhá k udržení psychomotorické kondice
- Obrázek č. 3.....Aktivnímu trávení volného času dává přednost většina dotazovaných
- Obrázek č. 4.....Zejména ženám poskytuje domácí zvíře společenský kontakt
- Obrázek č. 5.....Turistika je jednou z nejoblíbenějších činností v důchodovém věku

Obrázek č. 3



Aktivnímu trávení volného času dává přednost většina dotazovaných

Zdroj: archiv autora

Obrázek č. 1



Sedmdesátník, duševně pracující, žijící ve velkoměstě

Zdroj: archiv autora



Pohyb v přírodě pomáhá k udržení psychomotorické kondice

Zdroj: archiv autora

Obrázek č. 4



Zejména ženám poskytuje domácí zvíře společenský kontakt

Zdroj: archiv autora

Obrázek č. 5



Turistika je jednou z nejoblíbenějších činností v důchodovém věku

Zdroj: archiv autora

Na otázky, prosím, odpovězte tak, že zaškrtnete odpověď, která se nejvíce blíží skutečnosti. U dotazů č. 5, 6, 10a, 10b, 11a, 13 zvolte správnou variantu.

1) Žijete

- ☐ s manželem/kou ☐ s partnerem/kou
☐ s dětmi ☐ ovdověl/a jste ☐ vždy sám/sama

1a) ☐ ve vlastním domě se zahradou ☐ ve vlastním bytě ☐ v podnájmu
☐ ve vlastním domě bez zahrady ☐ nájemním bytě
☐ v penzionu/ DD ☐ jinak

1b) ☐ na samotě ☐ v malém městě ☐ jinak
☐ na vesnici ☐ ve velkém městě

2) Jste

- ☐ zaměstnán/a - nepobíráte důchod ☐ zaměstnán/a - pobíráte důchod
☐ nepracující důchodce ☐ invalidní důchodce

3) Zaškrtněte, které věkové období je vám nejbližší

- ☐ 60 – 63 ☐ 63 – 66 ☐ 66 - 69 ☐ 69 –

4) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- ☐ základní ☐ vyučen ☐ vyučen s maturitou
☐ střední ☐ střední s maturitou ☐ vysokoškolské

5) Pobíráte příspěvek na péči nebo jinou sociální dávku?

- ☐ ano ☐ ne

kterou.....

6) Využíváte některou z nabídky sociálních služeb?

- ☐ ano ☐ ne

kterou.....

7) Pracujete s počítačem

- ☐ ano s internetem ☐ ano bez internetu
☐ občas ☐ ne ☐ nemám počítač

8) Řídíte auto

- ☐ ano - často ☐ ano - jen zřídka ☐ ne – raději se nechám odvézt
☐ nemám vlastní auto ☐ používám hromadnou dopravu

9) Cítíte se zdrav/a

- ☐ ano ☐ většinou ano ☐ většinou ne ☐ ne

10) Trpíte některým chronickým onemocněním

- ☐ ano ☐ ne

10a) Pokud ano, napište kterým

10b) Pokud ano, omezuje Vás toto v nějaké činnosti?

- ☐ ano ☐ ne

ve které.....

11) Máte nějakého koníčka/zálibu

- ☐ ano ☐ ne

11a) Pokud ano

jaké (vyjmenujte).....

12) Svou finanční situaci hodnotíte (jako ve škole od nejlepší po nejhorší)

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

13) Jak jste si představoval/a prožít stáří

- ☐ v zaměstnání dokud to půjde ☐ aktivně využít volného času
☐ pasivně ☐ v DD ☐ jinak
☐ neměl/a jsem představu

14) Shoduje se Vaše představa stárnutí s realitou

- ☐ ano ☐ částečně ano ☐ většinou ne ☐ ne

15) V současnosti Vás nejvíce trápí

- ☐ zdravotní potíže ☐ osobní potíže ☐ mezilidské vztahy
☐ rodinné vztahy ☐ celospolečenské poměry
☐ nestačím dnešnímu tempu ☐ jiné ☐ nepociťuji potíže

Zde je prostor pro myšlenku, která byla v dotazníku
opomenuta a pro Vás je v současnosti důležitá

Vyplněním tohoto krátkého dotazníku se budete podílet na vzniku
Bakalářské práce ve studijním programu Sociální práce na Pedagogické
fakultě Technické univerzity v Liberci, jejímž tématem je charakteristika
životní období člověka, který se nachází v časném důchodovém věku.

Vaše účast je zcela anonymní a dobrovolná. Není-li Vám některá
z otázek příjemná, je možné ji vynechat a neodpovídat.

Lokalita ČR

Děkuji za Váš čas

